

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A SATISFAÇÃO DA MULHER COM O PARTO E
AS SUAS CONSEQUÊNCIAS NA SUA PERCEÇÃO
DA CONJUGALIDADE FUTURA**

Marta Daniela Timóteo Pina Vassalo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Psicologia Clínica Dinâmica

2020

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A SATISFAÇÃO DA MULHER COM O PARTO E
AS SUAS CONSEQUÊNCIAS NA SUA PERCEÇÃO
DA CONJUGALIDADE FUTURA**

Marta Daniela Timóteo Pina Vassalo

Orientador: Prof. Dr. João Manuel Rosado de Miranda Justo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Psicologia Clínica Dinâmica

2020

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. João Justo, pela constante disponibilidade e partilha de conhecimento.

À Joana Quarenta, pelo apoio e partilha de conhecimento científico acerca da investigação em Psicologia.

À Mariana Martins, pela generosidade e paciência constantes durante a produção deste documento.

Aos meus amigos, Catarina Fernandes, Francisco Mano e Laura Carmona, pela motivação e discussão construtiva acerca das suas e da minha investigação.

Aos meus pais e irmão, pela compreensão, motivação e ajuda durante o período de realização desta investigação.

Ao meu companheiro, pela motivação, compreensão, companhia e esclarecimentos acerca da produção desta investigação.

À família do meu companheiro, pela compreensão, motivação e generosidade durante o processo de investigação e de criação deste documento.

RESUMO

Introdução: O impacto da satisfação da mulher com o parto na sua conjugalidade ainda não foi estudado. No entanto, sabe-se que a satisfação com o parto garante a satisfação e disponibilidade da puérpera para a prestação de cuidados ao bebé (Green, Coupland, & Kitzinger, 1990, Green, 1993, cit. por Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco, & Pais, 2008) e para o ajuste às responsabilidades domésticas (Powell, 2015). Se, além disso, o seu cônjuge se envolver nas tarefas de cuidar do bebé (McDaniel, Lopez, & Holmes, 2010; Powell & Karraker, 2019) e comunicar e passar mais tempo consigo, a puérpera terá uma adaptação pós-natal mais positiva (Powell & Karraker, 2019).

Objetivo: Esta investigação tem por objetivo o estudo da influência da satisfação da mulher com o parto na sua perceção acerca da conjugalidade no pós-parto não imediato.

Procedimento: Foram utilizados os seguintes instrumentos, além do Questionário Sociodemográfico e Clínico: Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP), Questionário de Empatia Conjugal – Versão Feminina (QEC), Escala de Ajustamento Diádico Revista (EADR) e Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC). Os dados da amostra (N = 32), recolhidos através da plataforma de questionários *online Qualtrics*, foram submetidos a análises de regressão linear hierárquica múltipla. **Resultados:** Os resultados indicam que a satisfação da mulher com o parto influencia parcialmente a empatia, o ajustamento e a satisfação conjugais, principalmente no que concerne às condições e cuidados prestados na instituição de saúde e à experiência positiva de parto. **Conclusão:** Os resultados sugerem que a admissão, permanência e alta hospitalares são importantes para o bem-estar psicológico da mulher relativamente à sua relação conjugal no pós-parto não imediato.

Palavras-chave: satisfação, nascimento, parto, conjugalidade, relação conjugal.

ABSTRACT

Introduction: The impact of women's satisfaction with childbirth on their conjugality has not yet been studied. However, it is known that satisfaction with childbirth guarantees the satisfaction and availability of the puerperal woman to provide baby care (Green, Coupland, & Kitzinger, 1990, Green, 1993, cit. by Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco, & Pais, 2008) and to adjust to domestic responsibilities (Powell, 2015). If, in addition, her partner gets involved in baby care tasks (McDaniel, Lopez, & Holmes, 2010; Powell & Karraker, 2019) and communicates and spends more time with her, the puerperal woman will have a more positive postnatal adaptation (Powell & Karraker, 2019). **Goal:** This investigation aims to study the influence of women's satisfaction with childbirth on their perception of conjugality in the non-immediate postpartum period. **Procedure:** For this purpose, the following instruments were used, in addition to the Sociodemographic and Clinical Questionnaire: Childbirth Experience and Satisfaction Questionnaire (CESQ), Marital Empathy Questionnaire - Female Version (MEQ), Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS) and Satisfaction in Areas of Conjugal Life Assessment Scale (SACLAS). The sample data (N = 32) collected through the *Qualtrics online* questionnaire platform were subjected to multiple hierarchical linear regression analyzes. **Results:** The results indicate that women's satisfaction with childbirth partially influences empathy, adjustment, and marital satisfaction, especially regarding the conditions and care provided in the health institution, and the positive experience of childbirth. **Conclusion:** These results suggest that hospital admission, hospital stay, and hospital discharge are important for the psychological well-being of women regarding their marital relationship in the non-immediate postpartum period.

Key words: satisfaction, childbirth, labor, conjugality, marital relationship.

ÍNDICE

1. Introdução teórica.....	1
2. Problema de investigação, objetivo e hipóteses gerais.....	11
2.1. Problema de investigação.....	11
2.2. Relevância do problema de investigação.....	11
2.3. Objetivos de investigação.....	12
2.3.1. Objetivo Geral.....	12
2.3.2. Objetivo Específico.....	12
2.4. Hipótese Geral.....	12
3. Metodologia.....	13
3.1. Definição de variáveis.....	13
3.2. Operacionalização de variáveis.....	13
3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	13
3.2.2. Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto.....	14
3.2.3. Questionário de Empatia Conjugal – Versão Feminina.....	15
3.2.4. Escala de Ajustamento Diádico Revista.....	16
3.2.5. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.....	18
3.3. Hipóteses Específicas.....	19
3.4. Procedimento.....	19
3.4.1. Critérios de Inclusão na Amostra.....	19
3.4.1.1. Recolha de Dados <i>Online</i>	20
3.4.2. Critérios de Exclusão da Amostra	21

3.4.3. Aplicação	22
3.5. Caracterização da Amostra.....	22
4. Resultados	25
4.1. Testagem de Hipóteses.....	25
4.1.1. Testagem da HE1.....	26
4.1.2. Testagem da HE2.....	28
4.1.3. Testagem da HE3.....	32
5. Discussão.....	37
6. Conclusão.....	47
7. Limitações e Recomendações futuras.....	49
Referências Bibliográficas.....	51

Índice de Anexos

Anexo I: Declaração de Aprovação pela Comissão de Deontologia do Projeto de Investigação

Anexo II: Consentimento Informado - *Qualtrics*

Anexo III: Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo IV: Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto

Anexo V: Questionário de Empatia Conjugal – Versão Feminina

Anexo VI: Escala de Ajustamento Diádico Revista

Anexo VII: Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

Anexo VIII: Autorização dos autores para utilização do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto

Anexo IX: Autorização dos autores para utilização do Questionário de Empatia Conjugal – Versão Feminina

Anexo X: Autorização dos autores para utilização da Escala de Ajustamento Diádico Revista

Anexo XI: Autorização dos autores para utilização da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

Anexo XII: Requerimento de Aprovação do Projeto de Investigação

Anexo XIII: Normalidade – QESP, QEC (Versão Feminina), EADR, EASAVIC

Anexo XIV: Normalidade – QSDC

Anexo XV: Consistência Interna – QESP, *Condições e Cuidados Prestados*

Anexo XVI: Consistência Interna – QESP, *Experiência Positiva*

Anexo XVII: Consistência Interna – QESP, *Experiência Negativa*

Anexo XVIII: Consistência Interna – QESP, *Relaxamento*

Anexo XIX: Consistência Interna – QESP, *Suporte*

Anexo XX: Consistência Interna – QESP, *Suporte do Companheiro*

Anexo XXI: Consistência Interna – QESP, *Preocupações*

Anexo XXII: Consistência Interna – QESP, *Pós-Parto*

Anexo XXIII: Consistência Interna – QESP, *Escala Total*

Anexo XXIV: Consistência Interna – QEC, *Escala Total*

Anexo XXV: Consistência Interna – EADR, *Consenso*

Anexo XXVI: Consistência Interna – EADR, *Satisfação*

Anexo XXVII: Consistência Interna – EADR, *Coesão*

Anexo XXVIII: Consistência Interna – EADR, *Escala Total*

Anexo XXIX: Consistência Interna – EASAVIC, *Intimidade Emocional*

Anexo XXX: Consistência Interna – EASAVIC, *Sexualidade*

Anexo XXXI: Consistência Interna – EASAVIC, *Comunicação/Conflito*

Anexo XXXII: Consistência Interna – EASAVIC, *Funções Familiares*

Anexo XXXIII: Consistência Interna – EASAVIC, *Rede Social*

Anexo XXXIV: Consistência Interna – EASAVIC, *Autonomia*

Anexo XXXV: Consistência Interna – EASAVIC, *Tempos Livres*

Anexo XXXVI: Consistência Interna – EASAVIC, *Escala Total*

Anexo XXXVII: Média e Desvio Padrão – QESP, *Subescalas e Escala Total*

Anexo XXXVIII: Média e Desvio Padrão – QEC, *Escala Total*

Anexo XXXIX: Média e Desvio Padrão – EADR, *Subescalas e Escala Total*

Anexo XL: Média e Desvio Padrão – EASAVIC, *Subescalas e Escala Total*

Anexo XLI: Frequências – QSDC, *Agregado familiar de origem e atual, Acompanhamento durante o trabalho de parto, Cuidados médicos ao bebê*

Anexo XLII: Frequências – QSDC, *Aspetto do Bairro*

Anexo XLIII: Estatísticas Descritivas – QSDC, *Comprimento do Bebê à Nascimento*

Anexo XLIV: Frequências – QSDC, *Conforto do Alojamento*

Anexo XLV: Frequências – QSDC, *Estatuto Conjugal*

Anexo XLVI: Frequências – QSDC, *Estatuto Laboral*

Anexo XLVII: Frequências – QSDC, *Fonte de Rendimento*

Anexo XLVIII: Frequências – QSDC, *Graffar Profissão*

Anexo XLIX: Frequências – QSDC, *Estatuto Socioeconómico*

Anexo L: Frequências – QSDC, *Gravidez Desejada*

Anexo LI: Frequências – QSDC, *Gravidez Planeada*

Anexo LII: Frequências – QSDC, *Gravidez Viglada*

Anexo LIII: Frequências – QSDC, *Problemas de Saúde na gravidez*

Anexo LIV: Estatísticas Descritivas – QSDC, *Duração do Trabalho de Parto*

Anexo LV: Estatísticas Descritivas – QSDC, *Idade*

Anexo LVI: Estatísticas Descritivas – QSDC, *Idade da mãe aquando o nascimento da puérpera*

Anexo LVII: Estatísticas Descritivas – QSDC, *Idade do pai aquando o nascimento da puérpera*

Anexo LVIII: Frequências – QSDC, *Interrupção Espontânea da Gravidez*

Anexo LIX: Frequências – QSDC, *Interrupção Voluntária da Gravidez*

Anexo LX: Frequências – QSDC, *Nacionalidade*

Anexo LXI: Estatísticas Descritivas – QSDC, *Número de Anos de Escolaridade Com Sucesso*

Anexo LXII: Frequências – QSDC, *País de Residência*

Anexo LXIII: Estatísticas Descritivas – QSDC, *Peso do Bebê à Nascimento*

Anexo LXIV: Frequências – QSDC, *Problemas de Saúde do Bebê durante a Gravidez*

Anexo LXV: Estatísticas Descritivas – QSDC, *Idade Gestacional*

Anexo LXVI: Frequências – QSDC, *Tipo de Parto*

Anexo LXVII: Frequências – QSDC, *Número de Gravidezes Anteriores*

Anexo LXVIII: Análise de Regressão – QESP, *Condições e Cuidados Prestados*, QEC, *Escala Total*

Anexo LXIX: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Positiva*, QEC, *Escala Total*

Anexo LXX: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Negativa*, QEC, *Escala Total*

Anexo LXXI: Análise de Regressão – QESP, *Relaxamento*, QEC, *Escala Total*

Anexo LXXII: Análise de Regressão – QESP, *Suporte*, QEC, *Escala Total*

Anexo LXXIII: Análise de Regressão – QESP, *Suporte do Companheiro*, QEC, *Escala Total*

Anexo LXXIV: Análise de Regressão – QESP, *Preocupações*, QEC, *Escala Total*

Anexo LXXV: Análise de Regressão – QESP, *Pós-Parto*, QEC, *Escala Total*

Anexo LXXVI: Análise de Regressão – QESP, *Escala Total*, QEC, *Escala Total*

Anexo LXXVII: Análise de Regressão – QESP, *Condições e Cuidados Prestados*, EADR, *Consenso*

Anexo LXXVIII: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Positiva*, EADR, *Consenso*

Anexo LXXIX: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Negativa*, EADR, *Consenso*

Anexo LXXX: Análise de Regressão – QESP, *Relaxamento*, EADR, *Consenso*

Anexo LXXXI: Análise de Regressão – QESP, *Suporte*, EADR, *Consenso*

Anexo LXXXII: Análise de Regressão – QESP, *Suporte do Companheiro*, EADR, *Consenso*

Anexo LXXXIII: Análise de Regressão – QESP, *Preocupações*, EADR, *Consenso*

Anexo LXXXIV: Análise de Regressão – QESP, *Pós-Parto*, EADR, *Consenso*

Anexo LXXXV: Análise de Regressão – QESP, *Escala Total*, EADR, *Consenso*

Anexo LXXXVI: Análise de Regressão – QESP, *Condições e Cuidados Prestados*, EADR, *Satisfação*

Anexo LXXXVII: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Positiva*, EADR, *Satisfação*

Anexo LXXXVIII: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Negativa*, EADR, *Satisfação*

Anexo LXXXIX: Análise de Regressão – QESP, *Relaxamento*, EADR, *Satisfação*

Anexo XC: Análise de Regressão – QESP, *Suporte*, EADR, *Satisfação*

Anexo XCI: Análise de Regressão – QESP, *Suporte do Companheiro*, EADR, *Satisfação*

Anexo XCII: Análise de Regressão – QESP, *Preocupações*, EADR, *Satisfação*

Anexo XCIII: Análise de Regressão – QESP, *Pós-Parto*, EADR, *Satisfação*

Anexo XCIV: Análise de Regressão – QESP, *Escala Total*, EADR, *Satisfação*

Anexo XCV: Análise de Regressão – QESP, *Condições e Cuidados Prestados*, EADR, *Coesão*

Anexo XCVI: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Positiva*, EADR, *Coesão*

Anexo XCVII: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Negativa*, EADR, *Coesão*

Anexo XCVIII: Análise de Regressão – QESP, *Relaxamento*, EADR, *Coesão*

Anexo XCIX: Análise de Regressão – QESP, *Suporte*, EADR, *Coesão*

Anexo C: Análise de Regressão – QESP, *Suporte do Companheiro*, EADR, *Coesão*

Anexo CI: Análise de Regressão – QESP, *Preocupações*, EADR, *Coesão*

Anexo CII: Análise de Regressão – QESP, *Pós-Parto*, EADR, *Coesão*

Anexo CIII: Análise de Regressão – QESP, *Escala Total*, EADR, *Coesão*

Anexo CIV: Análise de Regressão – QESP, *Escala Total*, EADR, *Escala Total*

Anexo CV: Análise de Regressão – QESP, *Condições e Cuidados Prestados*, EADR,

Escala Total

Anexo CVI: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Positiva*, EADR, *Escala Total*

Anexo CVII: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Negativa*, EADR, *Escala Total*

Anexo CVIII: Análise de Regressão – QESP, *Relaxamento*, EADR, *Escala Total*

Anexo CIX: Análise de Regressão – QESP, *Suporte*, EADR, *Escala Total*

Anexo CX: Análise de Regressão – QESP, *Suporte do Companheiro*, EADR, *Escala Total*

Anexo CXI: Análise de Regressão – QESP, *Preocupações*, EADR, *Escala Total*

Anexo CXII: Análise de Regressão – QESP, *Pós-Parto*, EADR, *Escala Total*

Anexo CXIII: Análise de Regressão – QESP, *Condições e Cuidados Prestados*, EASAVIC, *Intimidade Emocional*

Anexo CXIV: Análise de Regressão – QESP, *Condições e Cuidados Prestados*, EASAVIC, *Sexualidade*

Anexo CXV: Análise de Regressão – QESP, *Condições e Cuidados Prestados*, EASAVIC, *Comunicação/Conflito*

Anexo CXVI: Análise de Regressão – QESP, *Condições e Cuidados Prestados*, EASAVIC, *Funções Familiares*

Anexo CXVII: Análise de Regressão – QESP, *Condições e Cuidados Prestados*, EASAVIC, *Rede Social*

Anexo CXVIII: Análise de Regressão – QESP, *Condições e Cuidados Prestados*, EASAVIC, *Autonomia*

Anexo CXIX: Análise de Regressão – QESP, *Condições e Cuidados Prestados*, EASAVIC, *Tempos Livres*

Anexo CXX: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Positiva*, EASAVIC, *Intimidade Emocional*

Anexo CXXI: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Positiva*, EASAVIC, *Sexualidade*

Anexo CXXII: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Positiva*, EASAVIC, *Comunicação/Conflito*

Anexo CXXIII: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Positiva*, EASAVIC, *Funções Familiares*

Anexo CXXIV: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Positiva*, EASAVIC, *Rede Social*

Anexo CXXV: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Positiva*, EASAVIC, *Autonomia*

Anexo CXXVI: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Positiva*, EASAVIC, *Tempos Livres*

Anexo CXXVII: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Negativa*, EASAVIC, *Intimidade Emocional*

Anexo CXXVIII: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Negativa*, EASAVIC, *Sexualidade*

Anexo CXXIX: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Negativa*, EASAVIC, *Comunicação/Conflito*

Anexo CXXX: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Negativa*, EASAVIC, *Funções Familiares*

Anexo CXXXI: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Negativa*, EASAVIC, *Rede Social*

Anexo CXXXII: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Negativa*, EASAVIC, *Autonomia*

Anexo CXXXIII: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Negativa*, EASAVIC,

Tempos Livres

Anexo CXXXIV: Análise de Regressão – QESP, *Relaxamento*, EASAVIC, *Intimidade Emocional*

Anexo CXXXV: Análise de Regressão – QESP, *Relaxamento*, EASAVIC, *Sexualidade*

Anexo CXXXVI: Análise de Regressão – QESP, *Relaxamento*, EASAVIC, *Comunicação/Conflito*

Anexo CXXXVII: Análise de Regressão – QESP, *Relaxamento*, EASAVIC, *Funções Familiares*

Anexo CXXXVIII: Análise de Regressão – QESP, *Relaxamento*, EASAVIC, *Rede Social*

Anexo CXXXIX: Análise de Regressão – QESP, *Relaxamento*, EASAVIC, *Autonomia*

Anexo CXL: Análise de Regressão – QESP, *Relaxamento*, EASAVIC, *Tempos Livres*

Anexo CXLI: Análise de Regressão – QESP, *Suporte*, EASAVIC, *Intimidade Emocional*

Anexo CXLII: Análise de Regressão – QESP, *Suporte*, EASAVIC, *Sexualidade*

Anexo CXLIII: Análise de Regressão – QESP, *Suporte*, EASAVIC, *Comunicação/Conflito*

Anexo CXLIV: Análise de Regressão – QESP, *Suporte*, EASAVIC, *Funções Familiares*

Anexo CXLV: Análise de Regressão – QESP, *Suporte*, EASAVIC, *Rede Social*

Anexo CXLVI: Análise de Regressão – QESP, *Suporte*, EASAVIC, *Autonomia*

Anexo CXLVII: Análise de Regressão – QESP, *Suporte*, EASAVIC, *Tempos Livres*

Anexo CXLVIII: Análise de Regressão – QESP, *Suporte do Companheiro*, EASAVIC, *Intimidade Emocional*

Anexo CXLIX: Análise de Regressão – QESP, *Suporte do Companheiro*, EASAVIC, *Sexualidade*

Anexo CL: Análise de Regressão – QESP, *Suporte do Companheiro*, EASAVIC,

Comunicação/Conflito

Anexo CLI: Análise de Regressão – QESP, *Suporte do Companheiro*, EASAVIC, *Funções Familiares*

Anexo CLII: Análise de Regressão – QESP, *Suporte do Companheiro*, EASAVIC, *Rede Social*

Anexo CLIII: Análise de Regressão – QESP, *Suporte do Companheiro*, EASAVIC, *Autonomia*

Anexo CLIV: Análise de Regressão – QESP, *Suporte do Companheiro*, EASAVIC, *Tempos Livres*

Anexo CLV: Análise de Regressão – QESP, *Preocupações*, EASAVIC, *Intimidade Emocional*

Anexo CLVI: Análise de Regressão – QESP, *Preocupações*, EASAVIC, *Sexualidade*

Anexo CLVII: Análise de Regressão – QESP, *Preocupações*, EASAVIC, *Comunicação/Conflito*

Anexo CLVIII: Análise de Regressão – QESP, *Preocupações*, EASAVIC, *Funções Familiares*

Anexo CLIX: Análise de Regressão – QESP, *Preocupações*, EASAVIC, *Rede Social*

Anexo CLX: Análise de Regressão – QESP, *Preocupações*, EASAVIC, *Autonomia*

Anexo CLXI: Análise de Regressão – QESP, *Preocupações*, EASAVIC, *Tempos Livres*

Anexo CLXII: Análise de Regressão – QESP, *Pós-Parto*, EASAVIC, *Intimidade Emocional*

Anexo CLXIII: Análise de Regressão – QESP, *Pós-Parto*, EASAVIC, *Sexualidade*

Anexo CLXIV: Análise de Regressão – QESP, *Pós-Parto*, EASAVIC, *Comunicação/Conflito*

Anexo CLXV: Análise de Regressão – QESP, *Pós-Parto*, EASAVIC, *Funções*

Familiares

Anexo CLXVI: Análise de Regressão – QESP, *Pós-Parto*, EASAVIC, *Rede Social*

Anexo CLXVII: Análise de Regressão – QESP, *Pós-Parto*, EASAVIC, *Autonomia*

Anexo CLXVIII: Análise de Regressão – QESP, *Pós-Parto*, EASAVIC, *Tempos Livres*

Anexo CLXIX: Análise de Regressão – QESP, *Escala Total*, EASAVIC, *Escala Total*

Anexo CLXX: Análise de Regressão – QESP, *Condições e Cuidados Prestados*, EASAVIC, *Escala Total*

Anexo CLXXI: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Positiva*, EASAVIC, *Escala Total*

Anexo CLXXII: Análise de Regressão – QESP, *Experiência Negativa*, EASAVIC, *Escala Total*

Anexo CLXXIII: Análise de Regressão – QESP, *Relaxamento*, EASAVIC, *Escala Total*

Anexo CLXXIV: Análise de Regressão – QESP, *Suporte*, EASAVIC, *Escala Total*

Anexo CLXXV: Análise de Regressão – QESP, *Suporte do Companheiro*, EASAVIC, *Escala Total*

Anexo CLXXVI: Análise de Regressão – QESP, *Preocupações*, EASAVIC, *Escala Total*

Anexo CLXXVII: Análise de Regressão – QESP, *Pós-Parto*, EASAVIC, *Escala Total*

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N = 32).....	23
Tabela 2. Caracterização Clínica da Amostra (N = 32).....	24
Tabela 3. Análise de Regressão da HE1, VI experiência e satisfação da mulher com o parto (*), VD empatia conjugal (**).....	27
Tabela 4. Análise de Regressão da HE1, VI experiência e satisfação da mulher com o parto (*), VD empatia conjugal (**).....	27
Tabela 5. Análise de Regressão da HE2, VI experiência e satisfação da mulher com o parto (*), VD ajustamento conjugal (**).....	29
Tabela 6. Análise de Regressão da HE2, VI experiência e satisfação da mulher com o parto (*), VD ajustamento conjugal (**).....	30
Tabela 7. Análise de Regressão da HE3, VI experiência e satisfação da mulher com o parto (*), VD satisfação conjugal (**).....	33
Tabela 8. Análise de Regressão da HE3, VI experiência e satisfação da mulher com o parto (*), VD satisfação conjugal (**).....	34

1. Introdução Teórica

O impacto da satisfação da mulher com o parto na sua conjugalidade no puerpério não imediato não foi ainda estudado. No entanto, sabe-se que os seus desejos e expectativas no pós-parto imediato acerca da sua relação conjugal no futuro, são, entre outras, relativas à divisão de tarefas domésticas e de cuidado ao bebé e à satisfação sexual.

1.1. Medo do parto, dor, *stress* pré-traumático e síndrome de *stress* pós-traumático

A perceção da dor durante o parto e a ansiedade e os sintomas depressivos, pré-natais, que caracterizam o medo do parto, predizem a intensidade do *stress* pré-traumático – ansiedade clinicamente significativa acerca da experiência de parto futura (Goutaudier, Bertoli, Séjourné, & Chabrol, 2019; Rondung, Ekdahl, Hildingsson, Rubertsson, & Sundin, 2018).

Os fatores associados ao medo do parto e consequente possibilidade de desenvolvimento de *stress* pós-traumático são a idade materna, a idade gestacional, o histórico de extração a vácuo ou *fórceps*, cesariana anterior, resultado perinatal adverso anterior (De Schepper, Vercauteren, Tersago, Jacquemyn, Raes, & Franck, 2016; Gosselin, Chabot, Béland, Goulet-Gervais, & Morin, 2016), baixa escolaridade (Gosselin et al., 2016; Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, & Halmesmäki, 2001), baixo nível socioeconómico (De Schepper et al., 2016; Gosselin et al., 2016; Saisto et al., 2001;), problemas psiquiátricos, tipo de personalidade (Gosselin et al., 2016; Saisto et al., 2001;), falta de apoio social, baixa autoestima (Gosselin et al., 2016), falta de comunicação com o pessoal de saúde, maior duração do trabalho de parto (Adams, Eberhard-Gran, & Eskild, 2012) e baixos níveis de apoio familiar (Saisto & Halmesmaki, 2003, Laursen, Hedegaard, Johansen, & Danish National Birth Cohort, 2008, Lukasse, Schei, Ryding,

Bidens Study, 2014, Toohill, Creedy, Gamble, Fenwick, 2015, cit. por Phunyammalee, Buayaem, & Boriboonhirunsarn, 2019) e de entendimento sobre o processo de parto (Gosselin et al., 2016).

Adicionalmente, níveis elevados de preocupações físicas, ansiedade e medo pré-natais, expectativas de dor relativamente ao trabalho de parto e parto, e *stress*, ansiedade e medo durante o parto, predizem o medo do nascimento (Conrad & Stricker, 2018; Sydsjö, Blomberg, Palmquist, Angerbjörn, Bladh, & Josefsson, 2015).

O medo do parto é, normalmente, mais intenso no terceiro trimestre (Gosselin et al., 2016; Rouhe, Salmela-Aro, Halmesmaki, & Saisto, 2009, cit. por Phunyammalee et al., 2019) e tem sido relacionado com várias condições indesejadas durante o parto e o trabalho de parto, como níveis elevados de dor durante o parto (Allen, 1998, Czarnocka, & Slade, 2000, cit. por Wenzel & Stuart, 2010), complicações obstétricas (Allen, 1998, Czarnocka & Slade, 2000, cit. por Wenzel & Stuart, 2010; Conrad & Stricker, 2018; Gosselin et al., 2016; Saisto et al., 2001), parto vaginal operatório, aumento do uso de analgésicos no trabalho de parto (Junge, von Soest, Weidner, Seidler, Eberhard-Gran, & Garthus-Niegel, 2018), solicitação de cesariana eletiva (Gosselin et al., 2016; Ryding, Wijma, Wijma, & Rydhstrom, 1998, Rouhe et al. 2009, Storksen, Garthus-Niegel, Adams, Vangen, & Eberhard-Gran, 2015, cit. por Phunyammalee et al., 2019) ou de emergência (Ryding et al., 1998, Rouhe et al. 2009, Storksen et al. 2015, cit. por Phunyammalee et al., 2019) e percepções maternas de inutilidade própria (Allen, 1998, Czarnocka & Slade, 2000, cit. por Wenzel & Stuart, 2010), convergindo numa experiência de parto negativa (Creedy, Shochet, & Horsfall, 2000, Waldenström, Hildingsson, Rubertsson, & Rådestad, 2004, cit. por Conrad & Stricker, 2018) e, assim, aumentando a possibilidade de a mulher desenvolver depressão e/ou ansiedade pós-parto (Junge et al., 2018).

No entanto, no que toca à satisfação com o parto, há fatores mais importantes que a influência da idade, estatuto socioeconómico, etnia, preparação para o parto, ambiente físico do parto, dor, imobilidade, intervenções médicas e continuidade do cuidado. São eles: (1) as expectativas pessoais, (2) a quantidade de apoio dos cuidadores (enfermeiros, parteiros, médicos, anestesiastas), (3) a qualidade da relação cuidador-paciente e (4) o envolvimento na tomada de decisões (Hodnett, 2002).

Para as mulheres que enfrentam *stress* durante o parto, o apoio emocional e a permissão para a participação ativa no processo de parto (Bryanton, Fraser-Davey, & Sullivan, 1993, cit. por Lundgren & Dahlberg, 1998), como o questionar a equipa obstétrica (De Schepper et al., 2016) e ajudar à interpretação dos sinais do seu corpo (Lundgren & Dahlberg, 1998), são importantes para o aumento da sua perceção de autoeficácia relativa ao parto (Junge et al., 2018), principalmente em mulheres nulíparas, em que é essencial a aquisição de uma perceção de parto menos doloroso e menos assustador (Žigić Antić, Nakić Radoš, & Jokić-Begić, 2018).

Enquanto o marido se foca mais no apoio emocional, as parteiras e enfermeiras podem focar-se em interferir apenas se a mulher lhes perguntar ou se o processo natural de parto for perturbado, criando, assim, uma experiência de parto mais positiva (Sandall, Soltani, Gates, Shennan, & Devane, 2013, cit. por Sydsjö, Blomberg, Palmquist, Angerbjörn, Bladh, & Josefsson, 2015).

1.2. Expectativas parentais, transição para a parentalidade, adaptação pós-natal e satisfação conjugal

As discrepâncias das expectativas pré-natais de cada membro do casal podem colocar um *stress* extra na sua relação e nos relacionamentos familiares após a chegada do bebé (Delmore-Ko, Pancer, Hunsberger, & Pratt, 2000).

Uma vez que as expectativas pré-natais estão associadas à adaptação pós-natal das puérperas e dos seus parceiros (Delmore-Ko et al., 2000), cada membro do casal deve comunicar, ainda no período pré-natal, as suas expectativas acerca da parentalidade e consciencializar-se de como elas diferem (Cowan & Cowan, 1988; Delmore-Ko et al., 2000; McDaniel, Lopez, & Holmes, 2010; Schlagintweit, Bailey, & Rosen, 2016) e podem afetar negativamente a qualidade da sua relação conjugal pós-parto (Schlagintweit et al., 2016).

Quando os homens estão envolvidos nas tarefas de cuidar do bebé (McDaniel et al., 2010; Powell & Karraker, 2019), passam mais tempo com a sua companheira e comunicam com ela, as mulheres relatam uma adaptação pós-natal (autoeficácia, satisfação, *stress*, sintomas depressivos e ansiedade) mais positiva (McDaniel et al., 2010; Powell & Karraker, 2019), enquanto que as mulheres, principalmente as mães de primeira viagem, que desejam mais envolvimento do parceiro, têm uma pior adaptação pós-natal (Powell & Karraker, 2019).

Desta forma, a participação ativa do cônjuge no cuidado do bebé contribui para a satisfação do puérpera com o parto (Samman, Presler-Marshall, Jones, Bhatkal, Melamed, Stavropoulou, & Wallace, 2016, Sayer & Gornick, 2012, cit. por Powell & Karraker, 2019) e para a sua adaptação à parentalidade, ajudando-a a manter mais facilmente o seu investimento no papel de esposa e a experienciar menos *stress* parental (Cowan & Cowan, 1988) e maior satisfação com a conjugalidade no pós-parto (Cowan & Cowan, 1988; Samman et al., 2016, Sayer & Gornick, 2012, cit. por Powell & Karraker, 2019), que é fundamental tanto para o seu bem-estar psicológico pós-parto, como para o do cônjuge, do casal e da relação estabelecida entre ambos e de cada um com o bebé (Cowan & Cowan, 1988).

Como tanto mães primíparas como mães experientes reportam menos assistência dos seus parceiros nas tarefas de cuidado do bebê, no puerpério, do que a esperada (McDaniel et al., 2010; Powell, 2015), embora as primíparas tenham mais expectativas de que a divisão seja igualitária nesse período, ambas sentem mais *stress* e dificuldade em ajustarem-se às necessidades do bebê e, portanto, menos satisfação parental (Powell, 2015).

Por outro lado, se as expectativas pré-natais maternas sobre a qualidade do parto (Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco, & Pais, 2008; Hodnett & Simmons-Tropea, 1987, Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson, & Radestad, 2004, cit. por Floris, Irion, & Courvoisier, 2017; Powell, 2015) e a transição para a parentalidade (Schlagintweit et al., 2016) forem verificadas, as mães têm menos experiências negativas no pós-parto (Conde et al., 2008; Hodnett & Simmons-Tropea, 1987, Waldenstrom et al., 2004, cit. por Floris et al., 2017; Powell, 2015), incluindo menos declínio na satisfação com a relação conjugal (Schlagintweit et al., 2016). O mesmo acontece se o parto for natural e de termo (Hodnett & Simmons-Tropea, 1987, Waldenstrom et al., 2004, cit. por Floris et al., 2017).

Contudo, são as experiências pós-natais – possíveis contributos para os sentimentos depressivos pós-natais maternos (Goldberg & Perry-Jenkins, 2004, Harwood et al., 2007, cit. por Powell & Karraker, 2019) – e os desejos pós-natais – melhor indicador da adaptação pós-natal materna (Cowan & Cowan, 1992, cit. por Powell & Karraker, 2019) –, sobre a divisão das tarefas de cuidado do bebê, principalmente em mães de primeira viagem, que têm um maior impacto no *stress* parental e no estado de ansiedade maternos, comparativamente com os pais (Powell & Karraker, 2019), o que poderá prejudicar a maneira como ambos os membros do casal comunicam e integram uma nova pessoa, totalmente dependente de ambos, na sua relação conjugal.

No entanto, não é a chegada de um bebé, por si, que cria uma crise conjugal, mas sim as alterações nos papéis parentais, conjugais e de trabalhador, quando interagem com os sentimentos de cada membro do casal e com o seu casamento, embora este desequilíbrio não tenha de levar, inevitavelmente, a *stress* ou disfunção conjugal (Cowan & Cowan, 1988).

O bem-estar psicológico materno associado à perceção de satisfação com o parto garante a satisfação e disponibilidade da puérpera para a prestação de cuidados ao bebé (Green, Coupland, & Kitzinger, 1990, Green, 1993, cit. por Conde et al., 2008), para o ajuste às responsabilidades domésticas (Powell, 2015) e, possivelmente, para o cuidar da sua relação conjugal.

Desta forma, a aquisição de uma perceção de experiência de parto positiva, no pós-parto, durante o período de transição para a parentalidade - processo com duração de, aproximadamente, dois anos (Cowan, 1991, cit. por Delmore-Ko et al., 2000) -, é uma tarefa desenvolvimental fundamental, necessária ao ajustamento psicológico da mãe, à saúde e bem-estar da mulher e do bebé, à interação futura que se estabelecerá entre ambos e ao bem-estar da relação conjugal, principalmente em mulheres que tiveram partos eutócicos com epidural, ou cesarianas, com anestesia geral (Figueiredo, 2001, cit. por Conde et al., 2008).

Daqui se entende que a satisfação com o parto é uma construção multidimensional complexa (Conde et al., 2008), associada ao sentimento de realização - mesmo na presença de dor -, controlo - que, como as expectativas relativas ao trabalho de parto e parto, é o aspeto que mais influencia a satisfação com o parto (Goodman et al., 2004; Niven & Murphy-Black, 2000, Waldenström, 2003, cit. por Conde et al., 2008; Simkin 1991, 1992, Bramadat & Driedger, 1993, DiMatteo, Kahn, & Berry, 1993, Fleissig, 1993, Green, 1993, Slade, MacPherson, Hume, & Maresh, 1993, Mackey, 1995, Walker, Hall,

& Thomas, 1995, Knapp, 1996, Waldenstrom, Borg, Ollson, Skold, & Wall, 1996, Hart & Foster, 1997, Campero, Garcia, Diaz, Ortiz, Reynoso, & Langer, 1998, Fowles, 1998, Lavender, Walkinshaw, & Walton, 1999, cit. por Goodman et al., 2004) -, lembranças positivas das pessoas significativas e profissionais de saúde, experiência de nascimento (Goodman et al., 2004; Hodnett, 2002), confirmação das expectativas, conhecimento, prazer e menores preocupações acerca do impacto do parto na sua própria saúde e/ou na do bebê (Conde et al., 2008).

1.3. Satisfação conjugal e satisfação sexual no puerpério

Segundo Mendes (2007, cit. por Silva, 2017), menores níveis de satisfação conjugal e satisfação sexual no puerpério devem-se, sobretudo, à dificuldade em conciliar os papéis parentais com a relação sexual, havendo uma diminuição da proximidade, da comunicação e dos sentimentos amorosos entre os parceiros, maioritariamente porque a mulher passa a focar-se no cuidado do filho, reduzindo o tempo disponível para se dedicar ao companheiro (Menezes & Marques, 2010, cit. por Silva, 2017). Neste sentido, é fundamental que os casais se ajustem aos seus novos papéis, demandas e limitações, e comuniquem (Drozdownskyj, Castro, López, Talan, & Actis, 2020).

Desta forma, a comunicação entre o casal pode melhorar a forma como os homens correspondem aos desejos das mães relativamente à divisão de cuidados do bebê (Van Egeren, 2004, cit. por Powell & Karraker, 2019) e à sexualidade pós-parto, o que não só beneficia as percepções maternas acerca da sua experiência de coparentalidade (Van Egeren, 2004, cit. por Powell & Karraker, 2019), como o bem-estar conjugal dos homens (Riina, & Feinberg, 2012, Stanley-Stevens, 2012, cit. por Powell & Karraker, 2019).

Complementarmente, a empatia conjugal, incluindo a comunicação sexual, está associada ao maior bem-estar da relação conjugal e ao bem-estar individual de cada

membro do casal no primeiro ano pós-parto (Rosen, Muise, Bergeron, et al., 2016, cit. por Schlagintweit et al., 2016).

Neste sentido, como o cansaço (Fischman, Rankin, Soeken, & Lenz, 1986; Montigny, Montigny Gauthier, & Dennie-Filion, 2015; Olsson, Lundqvist, Faxelid, & Nissen, 2005, cit. por Silva, 2017; Rowland, Foxcroft, Hopman, & Patel, 2005; Silva, 2017) e o desconforto da puérpera com as relações sexuais afetam negativamente o desejo materno por sexo (Fischman et al., 1986; Montigny et al., 2015; Silva, 2017), que é menor que o do homem e um forte preditor de insatisfação sexual e, conseqüentemente, conjugal (Trutnovsky, Haas, Lang, & Petru, 2006), é mais importante a intimidade física do que as relações sexuais (Bender, Sveinsdóttir, & Fridfinnsdóttir, 2018), que protegerá a satisfação conjugal (Kunaszuk & Mossey, 2010).

O facto de existirem múltiplos fatores de ordem física - geralmente persistentes até um ano pós-parto (Fischman et al., 1986) -, mental (Salim & Gualda, 2010; Drozdowskyj et al., 2020) e sociocultural (Drozdowskyj et al., 2020), como a alta pressão psicossocial (Berner, Wendt, Kriston, & Rohde, 2018), impede que as mulheres retomem a sua vida sexual de forma idêntica à do período anterior à gravidez, levando-as à insatisfação sexual e conjugal (Fischman et al., 1986; Montigny et al., 2015; Salim & Gualda, 2010).

A nível psicológico, o que interfere no desempenho e satisfação sexuais das mulheres é o medo da dor (Rowland et al., 2005; Salim & Gualda, 2010), resultado de partos mal sucedidos ou de relatos de pessoas significativas que tiveram uma experiência negativa, a preocupação com a presença do bebé no quarto, mesmo que a dormir, durante a relação sexual (Salim & Gualda, 2010), a falta de interesse, o cansaço (Fischman et al., 1986; Olsson, Lundqvist, Faxelid, & Nissen, 2005, cit. por Silva, 2017; Rowland et al., 2005) e/ou indicações médicas para esperarem seis semanas (Rowland et al., 2005).

Porém, de todos os impedimentos físicos, mentais e psicossociais relatados pelas mulheres, o preditor mais significativo da retoma tardia da vida sexual é a amamentação, seguida da idade avançada, o facto de não serem casadas nem estarem em união de facto e terem tido partos não vaginais e violentos (Rowland et al., 2005).

Assim, se para além de os homens, no período pós-natal, (1) verificarem se a necessidade de sono da puérpera é atendida, (2) reduzirem o seu nível de responsabilidade, (3) aceitarem e validarem os seus sentimentos de depressão, (4) reforçarem todas as conquistas no cuidado com o bebé e evitarem criticar os erros, (5) ajudarem a tomar decisões sobre cuidar do bebé, trabalhar e amamentar, (6) passarem tempo a ouvi-la e a empatizar, também (7) esperarem que queira retomar a atividade sexual (Drozdowskyj et al., 2020), o equilíbrio conjugal poderá ser menos afetado.

Adicionalmente, o apoio da família de origem e do cônjuge podem ser cruciais para que a parturiente alcance o bem-estar psicológico e, por consequência, percecione a sua relação conjugal como satisfatória (Goutaudier et al., 2019), mesmo que, à medida que o casal se adapta à parentalidade, expresse menos satisfação com a qualidade da relação conjugal (Cowan & Cowan, 1988, Delmore-Ko et al., 2000; Kluwer, Heesink, & Van de Vliert, 1997, cit. por Delmore-Ko et al., 2000).

1.4. O papel dos profissionais de saúde durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o puerpério

A satisfação com o parto é mais influenciada pelos sentimentos de apoio médico insatisfatório (Floris et al., 2017; Slade, Balling, Sheen, & Houghton, 2019) ou negligente (Saisto et al., 2001), pelo medo da dor ou de um evento desconhecido (Floris et al., 2017; Slade et al., 2019) e pela mágoa durante o parto (Saisto et al., 2001), do que pela dor, o seu alívio e intervenções médicas, durante o parto (Floris et al., 2017; Slade et al., 2019).

Desta forma, sendo a interação com os profissionais de saúde um possível fator de *stress* no período pós-parto (Renkert & Nutbeam, 2001, cit. por Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion, & Epiney, 2011), o acompanhamento que efetuam antes, durante e imediatamente após o parto, durante o processo de parto, previne a depressão pós-parto (Dennis & Creedy, 2005, cit. por Razurel et al., 2011), contribuindo para a satisfação da mulher relativamente à experiência geral de parto (Goodman et al., 2004).

Neste sentido, os profissionais de saúde devem fornecer orientações e informações, ainda no período pré-natal (Bartellas, Crane, Daley, Bennett, & Hutchens, 2000, Olsson, Lundquist, Faxelid, & Nissen, 2005, Woolhouse, McDonald, & Brown, 2014, Johnson, 2011, cit. por Bender et al., 2018; Drozdowskyj et al., 2020; Rowland et al., 2005; Salim & Gualda, 2010), inclusive na gravidez (Drozdowskyj et al., 2020), para combater os efeitos angustiantes das expectativas irreais sobre a vida sexual e a intimidade, no puerpério (Drozdowskyj et al., 2020) e, assim, atenuar os fatores de *stress* conjugal de ambos os membros do casal (Bender et al., 2018; Rowland et al., 2005).

Adicionalmente, sendo o pós-parto imediato parte integrante da experiência geral de parto (Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques, & Pais, 2004), é importante que, ainda antes da alta hospitalar, se discuta a dor perineal, a dispareunia e o início da atividade sexual pós-parto e que se avalie o bem-estar emocional materno, especialmente os sintomas depressivos, de ansiedade e de *stress* pós-traumático das mulheres (Drozdowskyj et al., 2020).

Mais tarde, no puerpério, os profissionais de saúde devem avaliar o sono, as mudanças de humor, o funcionamento e preocupações sexuais e conjugais da puérpera e promover, se necessário, a empatia conjugal e o tempo para a intimidade (Drozdowskyj et al., 2020).

2. Problema de investigação, objetivo e hipóteses gerais

2.1. Problema de investigação

Com a presente investigação, espera-se perceber se há satisfação ou insatisfação relativamente ao parto e como é que esta realidade influencia a perceção da puérpera acerca da sua conjugalidade futura. Destarte, o objetivo é entender o impacto do parto nas expectativas da puérpera acerca da conjugalidade no pós-parto não imediato.

2.2. Relevância do problema de investigação

Nos últimos anos não foram realizadas investigações sobre a possibilidade de as expectativas pré-natais e desejos pós-natais, da mulher, relativos ao parto, e as suas experiências pós-natais imediatas influenciarem a sua perceção acerca dos papéis conjugal, parental e de trabalho do seu cônjuge, no pós-parto não imediato.

Sabe-se que, no que toca às expectativas pré-natais maternas, as mulheres que antecipam dor, desconforto ou trabalho de parto demorado e que, em simultâneo, apresentam alguma síndrome ansiosa, sentem medo do parto, o que pode desencadear a SSPT e consequente depressão pós-parto, em paralelo com uma possível perceção de insatisfação da puérpera com a gravidez e o processo de parto.

Uma vez que é na transição para a parentalidade que a mulher procura estabelecer um novo sentido de *self* que abarque a experiência de ser mãe para além de mulher, esposa e trabalhadora, a depressão e a ansiedade pós-natais podem diminuir/erradicar a sua capacidade para realizar estas operações cognitivas e emocionais envolvidas no processo de “desdiferenciação”, prejudicando o seu envolvimento nos papéis parental, conjugal e de trabalho.

Neste sentido, o alinhamento temporal das expectativas, desejos e experiências, da mulher, relativamente ao suporte emocional e logístico, do seu cônjuge, durante o parto, pode ser de grande importância para uma perceção de satisfação, não só com a

experiência geral de parto, como com a relação conjugal. A satisfação com esta última disponibilizará a mulher a envolver-se sexualmente e em atividades de lazer e familiares, entre outras, com o seu cônjuge, antes e após o parto, promovendo a autoestima e diminuindo os sentimentos de frustração e solidão do mesmo, aumentando também a sua satisfação conjugal.

Assim, o homem estará mais disponível para o seu papel de pai, esposo e trabalhador, o que poderá ajudar a prevenir a SSPT e/ou depressão pós-parto, maternas, e a aumentar a satisfação conjugal e com o parto, da mulher.

Destarte, espera-se que os resultados de este estudo possam contribuir para a melhoria dos serviços de saúde nos períodos de gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto e consequente bem-estar psicológico da mulher na transição para a parentalidade.

2.3. Objetivos de investigação

2.3.1. Objetivo Geral

Pretende-se verificar se a satisfação da mulher com o parto afeta a percepção da mulher acerca da sua conjugalidade futura.

2.3.2. Objetivo Específico

Pretende-se verificar como é que a satisfação da mulher com o parto pode afetar a sua percepção relativamente às diversas áreas da vida conjugal no futuro.

2.4. Hipótese Geral

A satisfação da mulher com o parto afeta a percepção da mulher acerca da sua conjugalidade futura.

3. Metodologia

3.1. Definição de variáveis

Nesta investigação, a variável dependente (VD) é a perceção da mulher acerca da sua conjugalidade futura e a variável independente (VI) é a satisfação da mulher com o parto.

3.2. Operacionalização de variáveis

Selecionou-se um conjunto de questionários para avaliar as variáveis definidas. De seguida, será apresentada uma breve explicação sobre cada um deles, assim como a variável que cada um permitiu medir.

Em anexo, encontram-se todos os instrumentos utilizados, bem como as suas respetivas autorizações de utilização (Anexo VIII; Anexo IX; Anexo X; Anexo XI).

3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

O Questionário Sociodemográfico e Clínico foi elaborado especificamente para este estudo (QSDC; Anexo III). Através dele, é possível obter algumas informações pessoais às quais a participante pode responder em anonimato, tais como a sua data de nascimento, nacionalidade, os seus estatutos socioeconómico, conjugal e académico (número de anos de estudo com sucesso) e ainda a sua história obstétrica. Estas informações são pedidas apenas à mulher, embora sejam recolhidos dados acerca do casal, como a coabitação, entre outros aspetos.

Relativamente à história obstétrica, são recolhidos dados relativos à gravidez e ao bebé: se a gravidez foi desejada, planeada, vigiada, o tipo de parto, o tipo de instrumentos utilizados, as semanas de gestação aquando do nascimento do bebé, o peso e comprimento do bebé à nascença e os cuidados médicos durante a gravidez, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto.

3.2.2. Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto

O Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP; Anexo IV) é relevante para esta investigação na medida em que se apresenta como uma forma de medir a satisfação da mulher com o parto (VI) com perguntas relativas à forma como a mulher experienciou o seu parto. Mais especificamente, este questionário avalia vários aspetos da experiência de parto das mulheres, tais como: preocupações, sentimentos, dor, satisfação e confirmação das expectativas prévias, relaxamento, cuidados e condições disponíveis, e o suporte, por parte de significativos.

Este questionário foi desenvolvido por Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques e Pais (2004) e é constituído por 104 itens, de resposta tipo *Likert*, de 4 pontos, variando entre “Muito pior” e “Muito melhor”, nos primeiros 12 itens, de “Muito menos” a “Muito mais”, do item 13 ao 17, de “Nada” a “Muito”, do item 18 ao 96 e, de resposta tipo *Likert*, de 11 pontos, variando entre “0” (nenhuma) e “10” (a pior jamais imaginável) nos restantes 8 itens.

O instrumento é constituído por oito subescalas: (1) - *Condições e Cuidados Prestados* - qualidade das condições físicas e humanas proporcionadas pela instituição de saúde [itens 7- 14 e 86- 91]; (2) *Experiência Positiva* - confirmação de expectativas, autocontrolo, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto [itens 1, 2, 4, 5, 24, 25, 27, 28, 39 - 41, 45, 46, 57 - 59 e 80 - 85]; (3) *Experiência Negativa* - medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto [itens 42, 43, 48, 49, 60, 61, 92, 93 e 97 - 100]; (4) *Relaxamento* - experiência de relaxamento durante o trabalho de parto e parto [itens 18 - 23]; (5) *Suporte* - apoio proporcionado por pessoas significativas [itens 36 - 38]; *Suporte do Companheiro* - apoio do companheiro [itens 30 - 35, 64 e 65]; (7) *Preocupações* - preocupações com o próprio e com o bebé [itens 51 - 56, 69, 72 - 77 e 79]; (8) *Pós-Parto* - vivência do pós-parto [itens 3, 6, 15 - 17, 26, 29,

44, 47, 50, 62, 63, 66 - 68, 70, 71, 78, 94 - 96 e 101 - 104), sendo também possível a obtenção de um resultado total.

Relativamente à consistência interna de cada subescala tem-se que: (1) *Condições e Cuidados Prestados* - $\alpha = .80$; (2) *Experiência Positiva* - $\alpha = .87$; (3) *Experiência Negativa* - $\alpha = .88$; (4) *Relaxamento* - $\alpha = .94$; (5) *Suporte* - $\alpha = .79$; (6) *Suporte do Companheiro* - $\alpha = .83$; (7) *Preocupações* - $\alpha = .86$; (8) *Pós-Parto* - $\alpha = .87$.

O estudo psicométrico realizado pelos autores mostra que o QESP tem uma consistência interna excelente ($\alpha = .90$) e é fidedigno (Teste-Retest = $.50$), possuindo boa validade preditiva em relação à posterior ocorrência de depressão pós-parto.

Relativamente à presente investigação, os resultados da análise descritiva dos dados da amostra são os seguintes: *Condições e Cuidados Prestados*, $M = 42.03$, $DP = 8.42$, $\alpha = .876$; *Experiência Positiva*, $M = 54.81$, $DP = 12.99$, $\alpha = .913$; *Experiência Negativa*, $M = 45.63$, $DP = 13.15$, $\alpha = .717$; *Relaxamento*, $M = 12.53$, $DP = 4.54$, $\alpha = .861$; *Suporte*, $M = 8.25$, $DP = 3.15$, $\alpha = .797$; *Suporte do Companheiro*, $M = 27.50$, $DP = 5.38$, $\alpha = .856$; *Preocupações*, $M = 33.91$, $DP = 9.66$, $\alpha = .891$; *Pós-Parto*, $M = 73.44$, $DP = 11.35$, $\alpha = .612$; *Escala Total*, $M = 298.09$, $DP = 23.86$, $\alpha = .689$ (Anexos XV a XXIII). No entanto, face ao aumento do nível de consistência interna se o item 69 da subescala *Preocupações* for eliminado e os itens 3, 6 e 94 da subescala *Pós-Parto* também, tem-se que: *Preocupações*, $M = 28.69$, $DP = 9.21$, $\alpha = .908$ e *Pós-Parto*, $M = 66.41$, $DP = 13.74$, $\alpha = .772$. Adicionalmente, face ao aumento do nível de consistência da escala completa se o item 104 for eliminado, tem-se que: *Escala Total*, $M = 294.94$, $DP = 23.88$, $\alpha = .704$ (Anexo XXXVII).

3.2.3. Questionário de Empatia Conjugal – Versão Feminina

O Questionário de Empatia Conjugal – Versão Feminina (QEC; Anexo V) é relevante para esta investigação na medida em que se apresenta como uma forma de medir

a percepção que a mulher tem acerca da sua conjugalidade futura (VD) com perguntas relativas à percepção da mulher sobre a sua relação conjugal. Os itens incidem em aspetos como a percepção da mulher acerca dos sentimentos do seu companheiro em relação a si própria, do interesse e investimento do companheiro na relação conjugal e em si própria, dos conflitos e sua resolução, e do tipo de comunicação e empatia conjugais.

As questões abrangem elementos cognitivos (12 itens), afetivos (5 itens) e comportamentais (19 itens) da empatia conjugal.

Este questionário foi desenvolvido por Oliveira, Falcone e Ribas (2009), está disponível na versão masculina e feminina e é constituído por 36 itens, de resposta tipo *Likert* de 4 pontos, variando entre “Nunca” e “Sempre”.

Os itens 4, 11, 17, 22, 25 e 35 foram invertidos, dado que representam atitudes não empáticas, pelo que quanto maior a pontuação, maior a empatia conjugal do parceiro.

A consistência interna desta escala é excelente ($\alpha = .95$), pelo que é capaz de avaliar os componentes cognitivos, comportamentais e afetivos da empatia conjugal (Oliveira et al., 2009).

Relativamente à presente investigação, os resultados da análise descritiva dos dados da amostra são os seguintes: *Escala Total*, $M = 101.94$, $DP = 24.86$, $\alpha = .867$ (boa consistência interna). Para mais detalhes consultar os Anexos XXIV e XXXVIII.

3.2.4. Escala de Ajustamento Diádico Revista

A Escala de Ajustamento Diádico Revista (EADR; Anexo VI) é relevante para esta investigação na medida em que se apresenta como uma forma de medir a percepção da mulher relativamente à sua conjugalidade no futuro (VD) com perguntas relativas ao grau de acordo da mulher com o seu companheiro acerca de: religião, afeto, tomada de decisões, sexualidade, existência e abordagem aos conflitos, pensamentos e sentimentos acerca do casamento/ união de facto/ coabitação e atividades de lazer partilhadas.

Este questionário foi adaptado para a população portuguesa por Pereira (2000) e é constituído por 14 itens, de resposta tipo *Likert* de 6 pontos, em todos os itens exceto o item 11, que tem uma resposta de tipo *Likert* de 5 pontos.

Nos itens 1 a 6, as opções de resposta variam entre “Sempre de Acordo” e “Sempre em Desacordo”, nos itens 7 a 10, variam entre “Sempre” e “Nunca”, no item 11, variam entre “Todos os Dias” e “Nunca” e, finalmente, nos itens 12 a 14, variam entre “Nunca” e “Frequentemente”. Os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 11 foram invertidos, dado que não representam atitudes de ajustamento diádico. Procedeu-se à inversão para que a uma maior pontuação corresponda um maior ajustamento diádico.

Esta escala é constituída por três subescalas: (1) *Consenso* - tomada de decisão, valores e afeto [itens 1-6], (2) *Satisfação* - estabilidade e conflito [itens 7-10] e (3) *Coesão* - atividades e conflitos [itens 11-14], sendo possível a obtenção de um resultado total.

Os estudos psicométricos relativos a esta escala foram submetidos para publicação por Pereira, Ferreira, Sousa, Machado, Vilaça, e Bacalhau (2020). Na escala original, os valores da consistência interna são: *Consenso*, $\alpha = .81$; *Satisfação*, $\alpha = .85$; *Coesão*, $\alpha = .80$; *Escala Total*, $\alpha = .90$ (Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R., & Larson, J. H., 1995). A consistência interna das subescalas é boa e da *Escala Total* é excelente.

Relativamente à presente investigação, os resultados da análise descritiva dos dados da amostra são os seguintes: *Consenso*, $M = 29.31$, $DP = 4.97$, $\alpha = .845$ (boa consistência interna); *Satisfação*, $M = 18.22$, $DP = 4.56$, $\alpha = .938$ (excelente consistência interna); *Coesão*, $M = 15.66$, $DP = 5.25$, $\alpha = .852$ (boa consistência interna); *Escala Total*, $M = 63.19$, $DP = 13.39$, $\alpha = .936$ (excelente consistência interna). No entanto, face ao aumento do nível de consistência interna se o item 1 da subescala *Consenso* for eliminado, tem-se que: *Consenso*, $M = 24.66$, $DP = 4.72$, $\alpha = .903$ (excelente consistência interna). Para mais detalhes consultar os Anexos XXV a XXVIII e XXXIX.

3.2.5. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

A Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC; Anexo VII) é relevante para esta investigação na medida em que se apresenta como uma forma de medir a percepção da mulher relativamente à sua conjugalidade no futuro (VD) com perguntas relativas aos sentimentos da mulher acerca da sua relação conjugal, nomeadamente nas seguintes áreas da vida conjugal: financeira, tarefas domésticas, tomadas de decisão, lazer, autonomia, conflitos, diálogos, sentimentos acerca do parceiro, sexualidade, apoio emocional, atenção, expectativas, características e hábitos do parceiro.

Este questionário foi desenvolvido por Narciso e Costa (1996) e é constituído por 44 itens, de resposta tipo *Likert* de 6 pontos, que variam entre “Nada Satisfeito/a” (1) e “Completamente Satisfeito/a” (6).

Esta escala é composta por sete subescalas: (1) *Intimidade Emocional* [itens 19, 20, 29-44]; (2) *Sexualidade* [itens 23-28]; (3) *Comunicação/Conflito* [itens 14-18, 21 e 22]; (4) *Funções familiares* [itens 1-4]; (5) *Rede Social* [itens 7-9]; (6) *Autonomia* [itens 10-13]; (7) *Tempos Livres* [itens 5 e 6], sendo também possível obter um resultado total.

A consistência interna das subescalas *Intimidade Emocional*, *Sexualidade* e *Comunicação/Conflito* é excelente ($\alpha = .96$, $\alpha = .93$, $\alpha = .91$, respetivamente), das *Funções familiares* e da *Autonomia* é boa ($\alpha = .84$ e $\alpha = .82$, respetivamente) e da *Rede Social* e *Tempos Livres* é aceitável ($\alpha = .73$ e $\alpha = .70$, respetivamente) (Narciso, 2010). No que toca à *Escala Total*, este instrumento apresenta excelente consistência interna ($\alpha = .97$) (Narciso, 2010).

Relativamente à presente investigação, os resultados da análise descritiva dos dados da amostra são os seguintes: *Intimidade Emocional*, $M = 79.22$, $DP = 25.13$, $\alpha = .980$ (excelente consistência interna); *Sexualidade*, $M = 23.97$, $DP = 8.37$, $\alpha = .939$ (excelente consistência interna); *Comunicação/Conflito*, $M = 28.72$, $DP = 11.75$, $\alpha = .975$

(excelente consistência interna); *Funções familiares*, $M = 16.16$, $DP = 4.42$, $\alpha = .843$ (boa consistência interna); *Rede Social*, $M = 11.94$, $DP = 3.49$, $\alpha = .750$ (consistência interna aceitável); *Autonomia*, $M = 15.41$, $DP = 4.23$, $\alpha = .734$ (consistência interna aceitável); *Tempos Livres*, $M = 6.53$, $DP = 2.82$, $\alpha = .827$ (boa consistência interna); *Escala Total*, $M = 181.94$, $DP = 55.10$, $\alpha = .986$ (excelente consistência interna). No entanto, face ao aumento do nível de consistência interna se o item 12, da subescala *Autonomia*, for eliminado, tem-se que: *Autonomia*, $M = 11.69$, $DP = 3.78$, $\alpha = .868$ (boa consistência interna). Para mais detalhes consultar os Anexos XXIX a XXXVI e XL.

3.3. Hipóteses Específicas

HE1: A VI “satisfação da mulher com o parto” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da VD “perceção da mulher acerca da sua empatia conjugal futura”.

HE2: A VI “satisfação da mulher com o parto” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da VD “perceção da mulher acerca do seu ajustamento conjugal futuro”.

HE3: A VI “satisfação da mulher com o parto” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da VD “perceção da mulher acerca da sua satisfação conjugal futura”.

3.4. Procedimento

3.4.1. Critérios de Inclusão na Amostra

Para a seleção da amostra, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: participantes com idade compreendida entre os 25 e os 38 anos, fluentes na Língua Portuguesa, parturientes pela primeira vez e com, no máximo, uma semana de puerpério.

O recrutamento foi realizado via rede social *Facebook*, onde se fizeram circular mensagens de divulgação e convite à participação no presente estudo. Nestas mensagens,

foi viabilizado um *link* que permitia o acesso à plataforma *Qualtrics*, onde se encontrava o Consentimento Informado e a informação detalhada acerca da investigação em causa.

3.4.1.1. Recolha de Dados *Online*

A recolha de dados *online* veio reduzir custos (Paolacci & Chandler, 2014; Paolacci, Chandler, & Ipeirotis, 2010), facilitar o recrutamento (Paolacci, Chandler, & Ipeirotis, 2010), por aumento do acesso a amostras mais heterogêneas da população (Paolacci & Chandler, 2014; Paolacci, Chandler, & Ipeirotis, 2010), e reduzir as ameaças à validade interna, por não haver interação com o investigador (Paolacci, Chandler, & Ipeirotis, 2010). Adicionalmente, os participantes dos estudos *online* têm, normalmente, níveis elevados de atenção às instruções (Hauser & Schwarz, 2016).

Estas vantagens são atrativas para os investigadores, mas os utilizadores da *Internet* não são uma amostra representativa da população. Neste sentido, os investigadores devem descrever, com rigor, a investigação (Paolacci, Chandler, & Ipeirotis, 2010), os materiais utilizados na mesma (Paolacci & Chandler, 2014; Paolacci, Chandler, & Ipeirotis, 2010) e os critérios de inclusão e exclusão de participantes (Paolacci & Chandler, 2014).

Adicionalmente, é importante que os investigadores sejam claros sobre o incentivo monetário que definem e que assegurem que o tempo e o esforço necessários para a realização da tarefa são fornecidos na descrição e da forma mais fiel possível, à realidade (Paolacci, Chandler, & Ipeirotis, 2010). Desta forma, os participantes não só serão capazes de tomar uma decisão informada sobre a sua participação no estudo, como também serão evitados potenciais danos à credibilidade do investigador (Paolacci, Chandler, & Ipeirotis, 2010).

No entanto, para tarefas que dependem de respostas subjetivas, como a maioria da investigação em psicologia, não há relação entre remuneração e qualidade das

respostas (Buhrmester et al., 2011, Marge, Banerjee, & Rudnick, 2010, Mason & Watts, 2009, cit. por Paolacci & Chandler, 2014), uma vez que as respostas verdadeiras não parecem requerer mais esforço do que respostas falsas (Paolacci & Chandler, 2014).

Assim, o fator limitante é mais provável que seja a compreensão dos sujeitos sobre a tarefa, pelo que a linguagem utilizada no questionário deverá ser clara e de fácil leitura para qualquer utilizador da *Internet* que cumpra os critérios de inclusão definidos pelo investigador (Paolacci & Chandler, 2014).

Segundo Paolacci e Chandler (2014), os utilizadores da *Internet* que respondem aos questionários *online* são conscienciosos e honestos, sendo verdadeiros quando fornecem informações de autorrelato.

Contudo, embora o desejo de fornecer respostas de qualidade seja um ponto a favor da recolha de dados *online*, também pode levar a consequências indesejadas (Paolacci & Chandler, 2014), como o efeito da desejabilidade social (Behrend, Sharek, Meade, & Wiebe, 2011, cit. por Paolacci & Chandler, 2014), pelo que é importante tomar medidas psicométricas para o evitar (Paolacci & Chandler, 2014).

No caso do presente estudo, o *Qualtrics*, como plataforma eleita para a recolha de dados *online*, inclusive para realização de tarefas psicológicas específicas, que requerem instruções complicadas (Hauser & Schwarz, 2016), e o *Facebook*, como plataforma escolhida para disseminação da investigação, são viáveis, uma vez que, à semelhança da atitude científica da investigadora, cumprem todos os requisitos supramencionados, necessários à recolha fidedigna e válida dos dados via *online*.

3.4.2. Critérios de Exclusão da Amostra

Os critérios de exclusão para seleção da amostra foram os seguintes: parturientes experientes, de língua estrangeira, menores que 25 anos, exclusive, ou maiores que 38 anos, exclusive.

3.4.3. Aplicação

As puérperas realizaram o questionário *online*, apenas durante a primeira semana pós-parto. Antes de darem início ao questionário, todas as mulheres foram devidamente informadas acerca da índole do estudo e da sua participação no mesmo, incluindo a obrigatoriedade de darem o seu consentimento informado para prosseguir.

De seguida, foram recolhidas diversas informações, através do preenchimento dos seguintes questionários: (1) *Questionário Sociodemográfico e Clínico*; (2) *Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto* (Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques, & Pais, 2004); (3) *Questionário de Empatia Conjugal - Versão feminina* (Oliveira, Falcone, & Ribas, 2009); (4) *Escala de Ajustamento Diádico Revista* (versão portuguesa de Pereira, 2000); (5) *Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal* (Narciso & Costa, 1996). O seu tempo de preenchimento foi de, aproximadamente, 30 minutos.

Todos os dados fornecidos foram mantidos confidenciais e anónimos e exclusivamente utilizados para esta investigação, pelo que não serão usados para quaisquer outros fins. Os dados recolhidos foram guardados e processados em computador, garantindo o anonimato das participantes.

3.5. Caracterização da Amostra

A amostra recolhida no âmbito da presente investigação é constituída por puérperas (N = 32) utilizadoras da rede social *Facebook*, no período compreendido entre Março e Agosto de 2020.

Na Tabela 1 são apresentados os dados relativos à descrição sociodemográfica da amostra, que podem ser consultados nos Anexos XLI, XLII, L – LIV, LVIII, LIX, LXIII e LXV - LXVII.

Tabela 1.
Caracterização Sociodemográfica da amostra (N = 32)

Variáveis		n	%	M	SD	Mín.	Máx.
Idade				29.84	3.80	25	38
Anos de Estudo com Sucesso				14.00	2.78	9	19
IMNP				25.35	5.29	18	36
IPNP				28.50	5.20	19	45
Nacionalidade	Portuguesa	22	68.8				
	Brasileira	2	6.3				
	ND	8	25.0				
País de Residência	Portugal	22	68.8				
	Brasil	1	3.1				
	Suíça	1	3.1				
	ND	8	25				
Estatuto Conjugal	Casada	18	56.3				
	Solteira	7	21.9				
	Outro: União de facto	7	21.9				
Estatuto Laboral	TPCO	22	68.8				
	TPCP	3	9.4				
	Desempregada	4	12.5				
	Estudante	0	0.0				
	Doméstica	1	3.1				
	Outro	2	6.3				
Estatuto Socioeconómico	Nível I	8	25.0				
	Nível II	14	43.8				
	Nível III	5	15.6				
	Nível IV	2	6.3				
	Nível V	0	0.0				
Agregado familiar de origem	Mãe	1	3.1				
	Pai e mãe	5	15.6				
	Pai, mãe e 4 irmãos	1	3.1				
	Pai, mãe e irmão	8	25.0				
	Pai, mãe, 3 irmãos e avô	1	3.1				
	Pais e irmão	1	3.1				
	Sem agregado	1	3.1				
	ND	15	46.9				
Agregado familiar atual	Cônjuge	1	3.1				
	Cônjuge e filho	21	65.6				
	Cônjuge e filhos	6	18.8				
	Cônjuge, filhos, sogros e cunhada	1	3.1				
	Filho	1	3.1				
	ND	2	6.3				

Legenda: IMNP – Idade mãe nascimento puérpera; IPNP – Idade pai nascimento puérpera; ND – Não disponível; TPCO – Trabalho por conta de outrem; TPCP – Trabalho por conta própria

Os dados clínicos constam da Tabela 2 e podem ser consultados nos Anexos XLI, XLII, XLIV – XLIX, LV – LVII, LX – LXII.

Tabela 2.

Caracterização Clínica da amostra (N = 32)

Variáveis		n	%	M	DP	Mín.	Máx.
Duração do trabalho de parto (h)				16.30	12.97	0	70
Idade gestacional (dias)				277.34	10.75	238	294
Peso do bebê à nascença (g)				3260.47	565.67	1700	4460
Comprimento do bebê à nascença (cm)				48.78	2.68	41.00	55.50
Problemas de saúde da puérpera, na gravidez	Coletase	1	3.1				
	DG	2	6.3				
	ECU	1	3.1				
	PPERCF	1	3.1				
	ND	27	84.4				
Nº de gravidezes anteriores	0	21	65.6				
	1	7	21.9				
	2	1	3.1				
	3	1	3.1				
	4	1	3.1				
	6	1	3.1				
Gravidez planeada	Sim		81.3				
	Não		18.8				
Gravidez desejada	Sim		96.9				
	Não		3.1				
Gravidez vigiada	Sim		100.0				
	Não		0.0				
Nº de interrupções espontâneas da gravidez	0	26	81.3				
	1	6	18.8				
Nº de interrupções voluntárias da gravidez	0	28	87.5				
	1	2	6.3				
	3	1	3.1				
	4	1	3.1				
Acompanhante durante o trabalho de parto	Cônjuge	27	84.4				
	Cônjuge e pais	1	3.1				
	Mãe	1	3.1				
	ND	3	9.4				
Tipo de parto	VSA		6.3				
	VCE		65.6				
	CCE		28.1				
	CCAG		0.0				
Cuidados médicos ao bebê após nascimento	AR	1	3.1				
	IEN	4	12.5				
	LDE	1	3.1				
	MPHD	1	3.1				
	ND	25	78.1				

Legenda: ND – Não disponível; DG – Diabetes gestacional; ECU – Encurtamento do colo do útero; PPERCF – Placenta prévia, envelhecida, restrição do crescimento fetal; VSA – Vaginal sem anestesia; VCE – Vaginal com epidural; CCE – Cesariana com epidural; CCAG – Cesariana com anestesia geral; AR – Apoio respiratório; IEN – Internamento em Neonatologia – LDE – Limpeza do estômago; MPHR – Medicação para hipotensão e dores

4. Resultados

4.1. Testagem de Hipóteses

As três hipóteses específicas da presente investigação foram testadas através da análise de regressão linear hierárquica múltipla. Com este método de análise pretendeu-se testar o impacto de variáveis preditoras específicas, enquanto se controlou a influência de outras. A análise de regressão hierárquica permitiu averiguar o quão importante foi uma variável específica para prever um resultado, pelo que foi possível descrever as relações entre as várias variáveis explicativas de um determinado processo.

Para tal, foram precisos três cuidados fundamentais: (1) Quando uma variável estava expressa numa escala categorial ou ordinal, foi necessária uma recodificação em 0's e 1's dos valores da mesma; (2) De modo a conhecer o grau de afastamento das distribuições relativamente à distribuição normal teórica, foram utilizados os testes de Kolgomorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk; (3) Para evitar problemas de multicolinearidade, foi necessário verificar o FIV (fator de inflação da variância, < 10) e de Tolerância (relação inversa do FIV, $> .1$).

Para a análise da Variância Estatística, de modo a ser possível afirmar se alguma das variáveis preditoras tem um peso significativo na explicação do processo, foi utilizado o Teste F.

Os testes de normalidade da distribuição amostral incidiram nas seguintes variáveis sociodemográficas: idade da puérpera, número de anos de escolaridade com sucesso da puérpera, idade da mãe da puérpera aquando o seu nascimento, idade do pai da puérpera aquando o seu nascimento, idade gestacional aquando o nascimento do bebé, horas de trabalho de parto, tipo de parto, peso do bebé à nascença, comprimento do bebé à nascença, número de gravidezes anteriores, número de interrupções espontâneas da gravidez anteriores e número de interrupções voluntárias da gravidez anteriores.

Adicionalmente, as oito subescalas e a escala completa do QESP, a escala completa do QEC, as três subescalas e a escala completa do EADR e as sete subescalas e a escala completa do EASAVIC foram também alvo dos testes de normalidade (ver Anexos XIII e XIV).

Através dos resultados, conclui-se que a amostra apresenta, no geral, uma distribuição próxima da normal, sendo as variáveis seguintes as que se afastam significativamente da normal: idade da puérpera, número de anos de escolaridade com sucesso da puérpera, idade gestacional aquando o nascimento, número de gravidezes anteriores, número de interrupções espontâneas anteriores, número de interrupções voluntárias anteriores, subescalas 5 e 6 do QESP, 1, 2 e Total da EADR e 6 da EASAVIC.

De notar que em todas as testagens de hipóteses que se seguem, o Modelo 1 é constituído pelas variáveis idade da puérpera e número de anos de escolaridade com sucesso, o Modelo 2 pela variável estatuto socioeconómico e o Modelo 3 pelas variáveis horas de trabalho de parto e tipo de parto. O Modelo 4 é composto por uma única variável independente, alterada em função da hipótese específica.

4.1.1. Testagem da HE1

A HE1 sugere que a variável satisfação da mulher com o parto, nas suas dimensões - condições e cuidados prestados, experiência positiva, experiência negativa, relaxamento, suporte, suporte do companheiro, preocupações, pós-parto -, oferece um contributo significativo para a explicação da variância da empatia conjugal. Contudo, a análise de regressão confirmou que apenas algumas dimensões da variável satisfação da mulher com o parto contribuem significativamente para a explicação da variância estatística da variável dependente empatia conjugal, nomeadamente, as variáveis condições e cuidados prestados, experiência positiva, suporte do companheiro e pós-parto.

As tabelas seguintes ilustram algumas das análises de regressão realizadas a fim de testar a HE1. No entanto, todos os resultados da testagem da HE1 se encontram disponíveis para consulta nos Anexos LXVIII a LXXVI.

Tabela 3.

Análise de Regressão da HE1, VI experiência e satisfação da mulher com o parto (), VD empatia conjugal (**)*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	df 1	df 2	Sig. Mudança F.
1	.359	.129	.060	24.188	.129	1.855	2	25	.177
2	.360	.129	.021	24.683	.000	.008	1	24	.931
3	.379	.143	-.051	25.574	.014	.178	2	22	.838
4	.783	.614	.503	17.582	.470	25.550	1	21	.000

(*) QESP_SUB1 – Condições e cuidados prestados

(**) QEC_TOTAL – Empatia conjugal futura percebida pela puérpera

A Tabela 3 permite concluir que as condições e cuidados prestados na instituição de saúde contribuem para a explicação da percepção da puérpera acerca da empatia na sua relação conjugal relativamente ao futuro ($p = .000$).

Tabela 4.

Análise de Regressão da HE1, VI experiência e satisfação da mulher com o parto (), VD empatia conjugal (**)*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	df 1	df 2	Sig. Mudança F.
1	.359	.129	.060	24.188	.129	1.855	2	25	.177
2	.360	.129	.021	24.683	.000	.008	1	24	.931
3	.379	.143	-.051	25.574	.014	.178	2	22	.838
4	.610	.373	.193	22.400	.229	7.678	1	21	.011

(*) QESP_SUB2 – Experiência positiva

(**) QEC_TOTAL – Empatia conjugal futura percebida pela puérpera

A Tabela 4 permite concluir que a experiência positiva com o parto contribui para a explicação da percepção da puérpera acerca da empatia na sua relação conjugal relativamente ao futuro ($p = .011$).

Através das análises de regressão foi também possível concluir que o suporte do companheiro e a vivência do pós-parto contribuem para a explicação da percepção da

puérpera acerca da empatia na sua relação conjugal relativamente ao futuro ($p = .040$; $p = .013$, respetivamente).

Tem-se, também, que as seguintes dimensões da variável Satisfação da mulher com o parto não contribuem para a explicação da escala total da Empatia conjugal futura percecionada pela puérpera: Experiência negativa ($p = .553$), Relaxamento ($p = .229$), Suporte ($p = .989$) e Preocupações ($p = .141$). Adicionalmente, a escala total da Satisfação da mulher com o parto também não contribui para a explicação da escala total da Empatia conjugal futura percecionada pela puérpera ($p = .096$).

Relativamente às variáveis sociodemográficas, a idade da puérpera, o seu número de anos de escolaridade, o seu estatuto socioeconómico, o seu número de horas de trabalho de parto e o seu tipo de parto não têm influência na variável Empatia conjugal futura percecionada pela puérpera (ver Anexos LXVIII a LXXVI).

Assim, uma vez que apenas as condições e cuidados prestados pela instituição de saúde, a experiência positiva de parto, o suporte do companheiro e as vivências no pós-parto explicam a empatia conjugal, a HE1 confirma-se de forma parcial.

4.1.2. Testagem da HE2

A HE2 sugere que a variável satisfação da mulher com o parto, nas suas dimensões - condições e cuidados prestados, experiência positiva, experiência negativa, relaxamento, suporte, suporte do companheiro, preocupações, pós-parto -, oferece um contributo significativo para a explicação da variância do ajustamento conjugal em todas as suas dimensões - consenso, satisfação e coesão conjugais. Contudo, a análise de regressão confirmou que apenas algumas dimensões da variável satisfação da mulher com o parto contribuem significativamente para a explicação da variância estatística de algumas das dimensões da variável dependente ajustamento conjugal.

As tabelas seguintes ilustram algumas das análises de regressão realizadas a fim de testar a HE2. No entanto, todos os resultados da testagem da HE2 se encontram disponíveis para consulta nos Anexos LXXVII a CXII.

Tabela 5.

Análise de Regressão da HE2, VI experiência e satisfação da mulher com o parto (), VD ajustamento conjugal (**)*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	df 1	df 2	Sig. Mudança F.
1	.432	.186	.121	4.590	.186	2.863	2	25	.076
2	.435	.189	.088	4.677	.003	.076	1	24	.784
3	.474	.224	.048	4.777	.035	.502	2	22	.612
4	.831	.690	.601	3.091	.466	31.537	1	21	.000

(*) QESP_SUB1 – Condições e cuidados prestados

(**) EADR_SUB1_Somatório – Consenso

A Tabela 5 permite concluir que as condições e cuidados prestados na instituição de saúde contribui para a explicação do consenso conjugal futuro percebido pela puérpera ($p = .000$). Também a experiência positiva com o parto, o suporte do companheiro e a vivência do pós-parto contribuem para a explicação do consenso conjugal futuro percebido pela puérpera ($p = .017$; $p = .013$; $p = .017$, respectivamente).

Das análises de regressão foi também possível concluir que as condições e cuidados prestados na instituição de saúde, a experiência positiva com o parto, as preocupações da puérpera consigo própria e com o bebê e a vivência do pós-parto contribuem para a explicação da percepção da puérpera acerca da satisfação conjugal no futuro ($p = .004$; $p = .044$; $p = .045$; $p = .014$, respectivamente).

Além disso, as condições e cuidados prestados na instituição de saúde também contribuem para a explicação da coesão conjugal futura percebida pela puérpera ($p = .014$).

Tabela 6.

Análise de Regressão da HE2, VI experiência e satisfação da mulher com o parto (), VD ajustamento conjugal (**)*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	df 1	df 2	Sig. Mudança F.
1	.346	.120	.049	13.270	.120	1.697	2	25	.204
2	.352	.124	.015	13.507	.005	.128	1	24	.724
3	.376	.141	-.054	13.969	.017	.221	2	22	.804
4	.736	.542	.411	10.447	.400	18.328	1	21	.000

(*) QESP_SUB1 – Condições e cuidados prestados

(**) EADR_TOTAL – Ajustamento conjugal futuro percebido pela puérpera

A Tabela 6 permite concluir que as condições e cuidados prestados na instituição de saúde contribuem para a explicação do ajustamento conjugal futuro percebido pela puérpera ($p = .000$).

Também foi possível concluir que a experiência positiva com o parto, o suporte do companheiro e a vivência do pós-parto contribuem para a explicação do ajustamento conjugal futuro percebido pela puérpera ($p = .030$; $p = .042$; $p = .013$, respectivamente).

Tem-se, ainda, que as seguintes dimensões da variável Satisfação da mulher com o parto não contribuem para a explicação da dimensão Consenso da variável Ajustamento conjugal futuro percebido pela puérpera: Experiência negativa ($p = .361$), Relaxamento ($p = .299$), Suporte ($p = .824$) e Preocupações ($p = .177$). Adicionalmente, a escala total da Satisfação da mulher com o parto também não contribui para a explicação da dimensão Consenso do Ajustamento conjugal futuro percebido pela puérpera ($p = .115$).

Também, as seguintes dimensões da variável Satisfação da mulher com o parto não contribuem para a explicação da dimensão Satisfação da variável Ajustamento conjugal futuro percebido pela puérpera: Experiência negativa ($p = .187$), Relaxamento ($p = .610$), Suporte ($p = .482$) e Suporte do companheiro ($p = .088$). Adicionalmente, a escala total da Satisfação da mulher com o parto também não contribui

para a explicação da dimensão Satisfação do Ajustamento conjugal futuro percebido pela puérpera ($p = .714$).

Tem-se, ainda, que as seguintes dimensões da variável Satisfação da mulher com o parto não contribuem para a explicação da dimensão Coesão da variável Ajustamento conjugal futuro percebido pela puérpera: Experiência positiva ($p = .106$), Experiência negativa ($p = .603$), Relaxamento ($p = .166$), Suporte ($p = .601$), Suporte do companheiro ($p = .201$), Preocupações ($p = .215$) e Pós-parto ($p = .065$). Adicionalmente, a escala total da Satisfação da mulher com o parto também não contribui para a explicação da dimensão Coesão do Ajustamento conjugal futuro percebido pela puérpera ($p = .321$).

Por fim, as seguintes dimensões da variável Satisfação da mulher com o parto não contribuem para a explicação da variável Ajustamento conjugal futuro percebido pela puérpera: Experiência negativa ($p = .334$), Relaxamento ($p = .337$), Suporte ($p = .683$) e Preocupações ($p = .088$). Adicionalmente, a escala total da Satisfação da mulher com o parto também não contribui para a explicação da variável Ajustamento conjugal futuro percebido pela puérpera ($p = .303$).

Note-se que as variáveis sociodemográficas idade da puérpera, o número de anos de escolaridade, estatuto socioeconômico, número de horas de trabalho de parto e tipo de parto não têm influência na variável Ajustamento conjugal futuro percebido pela puérpera nem nas suas dimensões (ver Anexos LXXVII a CXII).

Assim, uma vez que apenas as condições e cuidados prestados na instituição, a experiência positiva com o parto, as preocupações da puérpera consigo própria e com o bebê e a vivência do pós-parto explicam determinadas dimensões do ajustamento conjugal e que apenas as condições e cuidados prestados na instituição de saúde, a experiência positiva com o parto, o suporte do companheiro e a vivência do pós-parto influenciam o ajustamento conjugal, a HE2 é confirmada parcialmente.

4.1.3. Testagem da HE3

A HE3 sugere que a variável satisfação da mulher com o parto, nas suas dimensões - condições e cuidados prestados, experiência positiva, experiência negativa, relaxamento, suporte, suporte do companheiro, preocupações, pós-parto -, oferece um contributo significativo para a explicação da variância da satisfação conjugal, em todas as suas dimensões – intimidade emocional, sexualidade, comunicação/conflito, funções familiares, rede social, autonomia e tempos livres. Contudo, a análise de regressão confirmou que apenas algumas dimensões da variável satisfação da mulher com o parto contribuem significativamente para a explicação da variância estatística de algumas das dimensões da variável dependente satisfação conjugal.

As tabelas seguintes ilustram algumas das análises de regressão realizadas a fim de testar a HE3. No entanto, todos os resultados da testagem da HE3 se encontram disponíveis para consulta nos Anexos CXIII a CLXXVII.

Tabela 7.

Análise de Regressão da HE3, VI experiência e satisfação da mulher com o parto (), VD satisfação conjugal (**)*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	df 1	df 2	Sig. Mudança F.
1	.311	.097	.024	25.759	.097	1.337	2	25	.281
2	.327	.107	-.005	26.140	.010	.277	1	24	.603
3	.362	.131	-.067	26.937	.024	.300	2	22	.744
4	.671	.451	.294	21.913	.320	12.245	1	21	.002

(*) QESP_SUB1 – Condições e cuidados prestados

(**) EASAVIC_SUB1 – Intimidade emocional

A Tabela 7 permite concluir que as condições e cuidados prestados na instituição de saúde contribuem para a explicação da intimidade emocional percebida pela mulher relativamente à sua relação conjugal no futuro ($p = .002$).

Através das análises de regressão foi igualmente possível concluir que a experiência positiva com o parto contribui para a explicação da intimidade emocional percebida pela mulher relativamente à sua relação conjugal no futuro ($p = .045$).

Adicionalmente, foi também possível concluir que as condições e cuidados prestados na instituição de saúde e a experiência positiva com o parto contribuem para a explicação da sexualidade percebida pela mulher relativamente à sua relação conjugal no futuro ($p = .003$; $p = .046$, respetivamente) e que as condições e cuidados prestados na instituição de saúde, a experiência positiva com o parto e a vivência do pós-parto contribuem para a explicação da comunicação/conflitos percebidos pela puérpera acerca da sua relação conjugal no futuro ($p = .003$; $p = .043$; $p = .039$, respetivamente).

Também se conclui que as condições e cuidados prestados na instituição de saúde, o suporte do companheiro e a vivência do pós-parto contribuem para a explicação da percepção da puérpera acerca das funções familiares de cada membro do casal no futuro ($p = .004$; $p = .039$; $p = .033$, respetivamente), que as condições e cuidados prestados na instituição de saúde contribuem para a explicação da percepção da puérpera acerca da sua autonomia no futuro ($p = .040$) e que as condições e cuidados prestados na instituição de saúde e o suporte do companheiro contribuem para a explicação da percepção da puérpera acerca dos seus tempos livres no futuro ($p = .022$; $p = .023$, respetivamente).

Tabela 8.

Análise de Regressão da HE3, VI experiência e satisfação da mulher com o parto (), VD satisfação conjugal (**)*

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	df 1	df 2	Sig. Mudança F.
1	.313	.098	.026	56.889	.098	1.360	2	25	.275
2	.324	.105	-.007	57.838	.007	.186	1	24	.670
3	.334	.111	-.091	60.198	.006	.078	2	22	.926
4	.657	.432	.270	49.247	.321	11.872	1	21	.002

(*) QESP_SUB1 – Condições e cuidados prestados

(**) EASAVIC_TOTAL – Satisfação conjugal futura percebida pela puérpera

A Tabela 8 permite concluir que as condições e cuidados prestados na instituição de saúde contribuem para a explicação da percepção da mulher acerca da satisfação conjugal no futuro ($p = .002$).

Também foi possível concluir que a vivência do pós-parto contribui para a explicação da percepção da mulher acerca da satisfação conjugal no futuro ($p = .046$).

Verificou-se ainda que as seguintes dimensões da variável Satisfação da mulher com o parto não contribuem para a explicação das dimensões Intimidade emocional e Sexualidade da variável Satisfação conjugal futura percebida pela puérpera: Experiência negativa ($p = .287$; $p = .332$), Relaxamento ($p = .160$; $p = .349$), Suporte ($p = .996$; $p = .771$), Suporte do companheiro ($p = .097$; $p = .157$), Preocupações ($p = .148$; $p = .133$) e Pós-parto ($p = .059$; $p = .051$), respectivamente. Adicionalmente, a escala total da Satisfação da mulher com o parto não contribui para a explicação da dimensão Intimidade emocional ($p = .268$) nem da Sexualidade ($p = .388$) da variável Satisfação conjugal futura percebida pela puérpera.

Tem-se, também, que as seguintes dimensões da variável Satisfação da mulher com o parto não contribuem para a explicação da dimensão Comunicação/conflito da variável Satisfação conjugal futura percebida pela puérpera: Experiência negativa ($p = .240$), Relaxamento ($p = .302$), Suporte ($p = .889$), Suporte do companheiro ($p = .112$) e Preocupações ($p = .131$). Adicionalmente, a escala total da Satisfação da mulher com o parto não contribui para a explicação da dimensão Comunicação/conflito da variável Satisfação conjugal ($p = .375$).

Também, as seguintes dimensões da Satisfação da mulher com o parto não contribuem para a explicação da dimensão Funções familiares da variável Satisfação conjugal futura percebida pela puérpera: Experiência positiva ($p = .388$), Experiência negativa ($p = .617$), Relaxamento ($p = .453$), Suporte ($p = .444$) e Preocupações ($p =$

.212). Adicionalmente, a escala total da Satisfação da mulher com o parto não contribui para a dimensão Funções familiares da variável Satisfação conjugal futura percebida pela puérpera ($p = .310$).

Tem-se, ainda, que as seguintes dimensões da variável Satisfação da mulher com o parto não contribuem para as dimensões Rede social e Autonomia da variável Satisfação conjugal futura percebida pela puérpera: Experiência positiva ($p = .394$; $p = .108$), Experiência negativa ($p = .594$; $p = .268$), Relaxamento ($p = .077$; $p = .225$), Suporte ($p = .957$; $p = .924$), Suporte do companheiro ($p = .560$; $p = .298$), Preocupações ($p = .754$; $p = .142$) e Pós-parto ($p = .224$; $p = .114$), respectivamente. De notar que, também, a dimensão Condições e cuidados prestados da variável Satisfação da mulher com o parto não contribui para a explicação da dimensão Rede social da variável Satisfação conjugal futura percebida pela puérpera ($p = .082$). Adicionalmente, a escala total da Satisfação da mulher com o parto não contribui para as dimensões Rede Social e Autonomia da variável Satisfação conjugal futura percebida pela puérpera ($p = .197$; $p = .660$, respectivamente).

Por fim, tem-se que as seguintes dimensões da variável Satisfação da mulher com o parto não contribuem para a explicação da dimensão Tempos livres da variável Satisfação conjugal futura percebida pela puérpera nem para a explicação da escala total da Satisfação Conjugal futura percebida pela puérpera: Experiência positiva ($p = .417$; $p = .064$), Experiência negativa ($p = .644$; $p = .411$), Relaxamento ($p = .356$; $p = .204$), Suporte ($p = .498$; $p = .915$), Preocupações ($p = .289$; $p = .155$) e Pós-parto ($p = .061$), respectivamente.

De notar também que, a escala total da Satisfação da mulher com o parto não contribui para a explicação da dimensão Tempos livres da variável Satisfação conjugal futura percebida pela puérpera ($p = .193$).

Adicionalmente, a dimensão Suporte do companheiro ($p = .100$) da variável Satisfação da mulher com o parto e a escala total da Satisfação da mulher com o parto não contribuem para a explicação da escala total Satisfação conjugal futura percebida pela mulher ($p = .288$).

Relativamente às variáveis sociodemográficas, a idade da puérpera, o seu número de anos de escolaridade, o seu estatuto socioeconómico, o seu número de horas de trabalho de parto e o seu tipo de parto não têm influência na variável Satisfação conjugal futura percebida pela puérpera nem nas suas dimensões (ver Anexos CXIII a CLXXVII).

Assim, uma vez que apenas as condições e cuidados prestados na instituição, a experiência positiva com o parto, o suporte do companheiro e a vivência do pós-parto explicam algumas dimensões da satisfação conjugal – intimidade emocional, sexualidade, comunicação/conflito, funções familiares, autonomia e tempos livres – e, apenas as condições e cuidados prestados na instituição de saúde e a vivência do pós-parto influenciam a satisfação conjugal, a HE3 é confirmada parcialmente.

5. Discussão

O presente estudo concluiu que a qualidade das condições físicas e humanas proporcionadas na instituição de saúde influenciam positivamente a percepção da puérpera acerca dos sentimentos do seu cônjuge em relação a si própria, do interesse e investimento do mesmo na relação conjugal e em si mesma, dos conflitos e sua resolução, do tipo de comunicação e da empatia conjugal no pós-parto não imediato.

Este resultado vai ao encontro dos estudos de Goodman, Mackey e Tavakoli, (2004) e de Schlagintweit, Bailey e Rosen (2016) que indicam que o acompanhamento dos profissionais de saúde antes, durante e imediatamente após o parto, durante a estadia da puérpera na instituição de saúde, contribui para a sua satisfação relativamente à experiência geral de parto (Goodman et al., 2004), resultando num menor declínio na satisfação com a relação conjugal (Schlagintweit et al., 2016).

Sabe-se, também, que a satisfação com o parto está associada ao sentimento de realização, controlo, lembranças positivas das pessoas significativas e profissionais de saúde, experiência de nascimento (Goodman et al., 2004; Hodnett, 2002), confirmação das expectativas, conhecimento, prazer e menores preocupações acerca do impacto do parto na sua própria saúde e/ou na do bebé (Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco, & Pais, 2008) o que, segundo esta investigação, influencia positivamente a maneira como a puérpera percebe a empatia conjugal no pós-parto não imediato.

As mulheres cujos cônjuges estão envolvidos nas tarefas de cuidar do bebé (McDaniel, Lopez, & Holmes, 2010; Powell & Karraker, 2019) e, além disso, passam mais tempo e comunicam mais com as suas companheiras, relatam uma adaptação pós-natal (autoeficácia, satisfação, *stress*, sintomas depressivos e ansiedade) mais positiva. Pelo contrário, as mulheres, principalmente as mães de primeira vez, que desejam mais envolvimento do parceiro, têm uma pior adaptação pós-natal (Powell & Karraker, 2019).

Isto, tal como os resultados do presente estudo, indica que o apoio do companheiro durante a experiência geral de parto contribui para a explicação da percepção positiva da puérpera acerca da sua empatia conjugal futura.

Assim, a participação ativa dos homens no cuidado do bebé, o seu apoio emocional durante a experiência geral de parto (Sandall, Soltani, Gates, Shennan, & Devane, 2013, cit. por Sydsjö, Blomberg, Palmquist, Angerbjörn, Bladh, & Josefsson, 2015), a comunicação sexual conjugal (Rosen, Muise, Bergeron, et al., 2016, cit. por Schlagintweit et al., 2016) e o tempo conjugal de qualidade, com o recém-pai ouvindo e empatizando com a puérpera (Drozdowskyj, Castro, López, Talan, & Actis, 2020), contribuem para uma experiência de parto mais positiva para a puérpera (Sandall et al., 2013, cit. por Sydsjö, Blomberg, Palmquist, Angerbjörn, Bladh, & Josefsson, 2015). Consequentemente, contribuem também para uma maior satisfação com o seu casamento (Cowan & Cowan, 1988) e, portanto, maior empatia conjugal (Rosen et al., 2016, cit. por Schlagintweit et al., 2016) percebida pela mulher acerca do futuro da relação conjugal.

A presente investigação vê, assim, os seus resultados corroborados no que toca ao facto de os aspetos relacionados com a vivência do pós-parto influenciarem a percepção da mulher acerca da empatia conjugal futura de forma positiva.

Da análise dos resultados desta pesquisa conclui-se que a forma satisfatória como a mulher foi tratada na instituição de saúde permite a sua maior disponibilidade física e mental para a tomada de decisões e para o alinhamento dos valores e dos afetos partilhados pelo casal, no período do pós-parto não imediato.

Os resultados da presente pesquisa indicam, também, que a percepção da puérpera acerca do ajustamento conjugal é igualmente influenciada de forma positiva pela confirmação de expectativas, sensação de autocontrolo, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto. Isto é corroborado pelo facto de as

expectativas pré-natais relativas ao parto estarem associadas à adaptação pós-natal entre as puérperas e os seus parceiros (Delmore-Ko, Pancer, Hunsberger, & Pratt, 2000) e, embora discrepantes entre os membros do casal (Cowan & Cowan, 1988; Delmore-Ko et al., 2000; McDaniel et al., 2010; Schlagintweit et al., 2016), ao contrário do referido por Schlagintweit e colaboradores (2016), não afetarem negativamente a totalidade da qualidade da relação conjugal no pós-parto.

Desta forma, quando o pós-parto é vivido de forma positiva, em conjunto com o apoio do cônjuge à parturiente, o ajustamento conjugal futuro é percecionado pela mulher como sendo mais forte, conforme a análise de resultados revelou.

Já a satisfação conjugal, como conceptualizada pela EADR – estabilidade e conflitos - percecionada pela puérpera acerca do futuro, é maior quanto melhores as condições e cuidados prestados na instituição de saúde e quanto mais positiva for a experiência de parto. Estes dois aspetos são confirmados pela literatura, indicando que, se as expectativas pré-natais maternas acerca da quantidade e qualidade (Powell, 2015) do trabalho de parto e do parto (Conde et al., 2008; Hodnett & Simmons-Tropea, 1987, Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson, & Radestad, 2004, cit. por Floris, Irion, & Courvoisier, 2017; Powell, 2015) e da transição para a parentalidade (Schlagintweit et al., 2016) forem verificadas, as mães, com tipo de parto natural e de termo (Hodnett & Simmons-Tropea, 1987, Waldenstrom et al., 2004, cit. por Floris et al., 2017), como é o caso da maioria da amostra do presente estudo, têm menos experiências negativas no pós-parto (Conde et al., 2008; Hodnett & Simmons-Tropea, 1987, Waldenstrom et al., 2004, cit. por Floris et al., 2017; Powell, 2015), incluindo menos declínio na satisfação com a relação conjugal (Schlagintweit et al., 2016).

Adicionalmente, o presente estudo indica que as preocupações da mulher consigo própria e com o bebé durante a experiência geral de parto influenciam positivamente a

sua percepção acerca da satisfação com a sua relação conjugal no futuro, especificamente no que toca à estabilidade e ao conflito sentidos pela mesma. No entanto, até ao momento, não foram conduzidas investigações que corroborem este resultado que não parece ter, ainda, fundamento.

No que concerne à percepção da puérpera acerca da coesão conjugal no futuro, o presente estudo indica que, embora o suporte do companheiro não a influencie, as condições e cuidados prestados na instituição de saúde são aspetos que a impactam positivamente. Este efeito pode acontecer devido ao facto de, um melhor tratamento da mulher pelos serviços de saúde e, conseqüentemente, uma maior satisfação com a experiência de parto, contribua para menores preocupações físicas e mentais consigo e com o bebé e, dessa forma, proporcione maior disponibilidade para realizar atividades com o seu cônjuge e menor probabilidade de entrar em conflito com o mesmo.

Desta forma, os resultados da presente investigação indicam que a percepção da puérpera acerca do ajustamento conjugal é positiva, em grande parte, devido aos serviços dos profissionais de saúde e às condições da instituição onde realizou o parto.

Este conhecimento é confirmado pela literatura, indicando que, mais do que a influência da idade, o estatuto socioeconómico, a etnia, a preparação para o parto, o ambiente físico do parto, a dor, a imobilidade, as intervenções médicas e a continuidade do cuidado, são as expectativas pessoais, a quantidade de apoio dos cuidadores (enfermeiros, parteiros, médicos, anestesistas, etc.), a qualidade da relação cuidador-paciente e o envolvimento na tomada de decisões, os fatores que mais influenciam a satisfação da mulher com o parto (Hodnett, 2002).

Com uma percepção de experiência de parto positiva, o ajustamento psicológico da puérpera, a sua saúde e bem-estar e os do bebé, a interação futura que se estabelecerá entre ambos e o bem-estar da relação conjugal serão facilitados, principalmente em

mulheres que tiveram partos eutócicos com epidural ou cesarianas com anestesia geral (Figueiredo, 2001, cit. por Conde et al., 2008), como é o caso do presente estudo.

Assim, apesar de a percepção de ajustamento conjugal futuro não ser totalmente explicada pela satisfação da puérpera com o parto, é afetada positivamente pela qualidade das condições físicas e humanas proporcionadas na instituição de saúde, pela confirmação de expectativas, percepção de autocontrole, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto, pelo apoio do companheiro e pela vivência do pós-parto, como se verifica neste estudo.

Segundo a presente investigação, a qualidade das condições físicas e humanas proporcionadas pela instituição de saúde, bem como a confirmação das expectativas, a sensação de autocontrole, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto, da puérpera, também são essenciais para a percepção positiva da mesma acerca do futuro da intimidade emocional conjugal.

Neste sentido, as orientações e informações dos profissionais de saúde, ainda no período pré-natal (Bartellas, Crane, Daley, Bennett, & Hutchens, 2000, Olsson, Lundqvist, Faxelid, & Nissen, 2005, Woolhouse, McDonald, & Brown, 2014, Johnson, 2011, cit. por Bender, Sveinsdóttir, & Fridfinnsdóttir, 2018; Drozdowskyj et al., 2020; Rowland, Foxcroft, Hopman, & Patel, 2005; Salim & Gualda, 2010) e, mais tarde, no puerpério (Drozdowskyj et al. 2020), combatem os efeitos angustiantes das expectativas irreais sobre a vida sexual e a intimidade no pós-parto (Drozdowskyj et al., 2020), atenuando, por consequência, os fatores de *stress* conjugal tanto da mulher como do seu parceiro (Bender et al., 2018; Rowland et al., 2005).

Assim, entende-se porque é que as condições e cuidados prestados na instituição de saúde são essenciais para as puérperas e contribuem para a produção de uma experiência positiva de parto e, assim, de níveis de intimidade (emocional, social, sexual

e intelectual) superiores, que protegem a satisfação conjugal (Kunaszuk & Mossey, 2010).

Adicionalmente, a presente investigação indica que as condições e cuidados prestados na instituição de saúde e a experiência positiva de parto têm uma implicação positiva na sexualidade conjugal percebida pela puérpera, ou seja, aumentam o nível de satisfação conjugal percebido pela mulher acerca do pós-parto não imediato.

Este resultado já tinha sido abordado em literatura anterior, indicando que uma experiência negativa de parto (Creedy, Shochet, & Horsfall, 2000, Waldenström et al., 2004, cit. por Conrad & Stricker, 2018) aumenta a possibilidade de desenvolver ansiedade e depressão pós-parto (Junge, von Soest, Weidner, Seidler, Eberhard-Gran, & Garthus-Niegel, 2018), sendo, esta última, um dos fatores que aumentam a frequência e a gravidade das preocupações relativas à sexualidade no puerpério e diminuem a satisfação sexual e o bem-estar conjugal (Schlagintweit et al., 2016; Wallwiener, Müller, Doster, et al., 2017, cit. por Bender et al., 2018), interferindo no *coping* diádico durante o pós-parto (Schlagintweit et al., 2016).

Além da sexualidade, a comunicação conjugal futura - dimensão da satisfação conjugal -, percebida pela puérpera, também é melhor quanto melhores forem as condições e cuidados oferecidos na instituição de saúde e quanto melhor for a experiência de parto, ou seja, quanto mais as expectativas da puérpera forem confirmadas e esta sentir autocontrolo, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto.

Corroborando estes dados, tem-se que, em conjunto com a interação com os profissionais de saúde antes, durante e imediatamente após o parto, o suporte útil do companheiro no pós-parto, como o corresponder da melhor forma aos desejos das mulheres relativamente à divisão de cuidados ao bebé (Van Egeren, 2004, cit. por Powell

& Karraker, 2019) e à sexualidade pós-parto (Menezes & Marques, 2010, cit. por Silva, 2017), pode contribuir para a satisfação da mulher com a experiência geral de parto (Goodman et al., 2004; Samman, Presler-Marshall, Jones, Bhatkal, Melamed, Stavropoulou, & Wallace, 2016; Sayer & Gornick, 2012, cit. por Powell & Karraker, 2019) e a conjugalidade pós-parto (Samman et al., 2016; Sayer & Gornick, 2012, cit. por Powell & Karraker, 2019).

Assim, tal como o presente estudo indica, com uma vivência de pós-parto mais positiva, facilitada pelos cuidados dos profissionais de saúde com a mulher e o seu filho, também a proximidade e a comunicação entre o casal e os seus sentimentos amorosos poderão ser aumentados, uma vez que, segundo Menezes e Marques (2010, cit. por Silva, 2017), a mulher não precisa de concentrar tanto as suas atenções no cuidado com o bebé, aumentando o tempo disponível para se dedicar ao companheiro.

As conclusões das pesquisas imediatamente supramencionadas também explicam o facto de os dados do presente estudo indicarem que a qualidade das condições e cuidados prestados na instituição de saúde, o apoio do cônjuge e as vivências do pós-parto influenciarem positivamente a percepção da puérpera acerca da divisão de tarefas domésticas e tomadas de decisão no futuro.

Em particular, o apoio do cônjuge pode ser um fator crucial para que a parturiente alcance o bem-estar psicológico e, por consequência, percecione a sua relação conjugal como satisfatória (Goutaudier, Bertoli, Séjourné, & Chabrol, 2019) mesmo que, à medida que se adaptam ao serem pais pela primeira vez, cada membro do casal expresse menos satisfação com a qualidade da sua relação conjugal (Cowan & Cowan, 1988; Delmore-Ko et al., 2000; Kluwer, Heesink, & Van de Vliert, 1997, cit. por Delmore-Ko et al., 2000).

Já a percepção da puérpera acerca do apoio futuro da rede social, segundo o presente estudo, em nada é afetada pela sua satisfação com o parto, indicando que o apoio do companheiro durante o parto parece ter mais relevância para a satisfação da puérpera com a sua relação conjugal do que o apoio dos amigos e da família.

No entanto, segundo Goutaudier e colaboradores (2019), tanto o apoio do cônjuge como o apoio da família de origem, durante a experiência de parto, são fatores cruciais para que a parturiente consiga alcançar o bem-estar psicológico e, por consequência, perceber a sua relação conjugal como satisfatória, pelo que será relevante compreender a origem desta diferença.

Sabe-se que a satisfação com o parto está associada a menores preocupações acerca do impacto do parto na própria saúde da mulher e/ou na do bebé (Conde et al., 2008) e, sendo grandemente influenciada pelos sentimentos de apoio médico insatisfatório (Floris et al., 2017; Slade et al., 2019), pela negligência por parte da equipa de profissionais de saúde (Saisto et al., 2001), pelo medo da dor ou de um evento desconhecido (Floris et al., 2017; Slade et al., 2019) e pelo sentimento de mágoa durante o parto (Saisto et al., 2001), as orientações e informações dos profissionais de saúde, ainda no período pré-natal (Bartellas et al., 2000, Olsson et al., 2005, Woolhouse et al., 2014, Johnson, 2011, cit. por Bender et al., 2018; Drozdowskyj et al., 2020; Rowland et al., 2005; Salim & Gualda, 2010), atenuam os fatores de *stress* conjugal, tanto da mulher como do seu parceiro (Bender et al., 2018; Rowland et al., 2005).

Assim, pela sua relevância, as condições e cuidados oferecidos pela instituição de saúde são, de acordo com o presente estudo, o fator da satisfação da mulher com o parto mais relevante no que toca à percepção da puérpera acerca da sua autonomia, indicando que as suas tomadas de decisão, no puerpério, acerca do cuidado do bebé, de si e da sua relação conjugal serão, eventualmente, mais informadas e, por isso, facilitadas.

Por último, segundo esta investigação, as condições e cuidados prestados na instituição de saúde e o suporte do cônjuge, durante a experiência de parto, influenciam a forma como a puérpera percebe os tempos livres da sua relação conjugal.

Tal acontece, provavelmente, pelo facto de a quantidade de apoio dos cuidadores (enfermeiros, parteiros, médicos, anestesistas, etc.), a qualidade da relação cuidador-paciente e o envolvimento na tomada de decisões (Hodnett, 2002) serem os fatores que mais contribuem para a satisfação com o parto, em conjunto com o apoio emocional do cônjuge (Sandall et al., 2013, cit. por Sydsjö, Blomberg, Palmquist, Angerbjörn, Bladh, & Josefsson, 2015) que, verificando o sono da puérpera, reduzindo o seu nível de responsabilidade, ajudando-a a tomar decisões sobre cuidar do bebé, trabalhar e amamentar e apoiando-a, passando tempo com ela, sem distrações, ouvindo e empatizando (Drozdowskyj et al., 2020), aumentam a satisfação conjugal percebida pela puérpera. Desta forma, mais facilmente a recém-mãe se pode permitir usufruir de tempos de lazer com o seu companheiro.

Ainda assim, a presente investigação concluiu que a qualidade das condições físicas e humanas proporcionadas na instituição de saúde e a vivência do pós-parto são os fatores que mais contribuem para a satisfação conjugal futura percebida pela mulher.

6. Conclusão

A presente investigação permite concluir que a satisfação da mulher com o parto afeta parcialmente a percepção da mulher acerca da sua conjugalidade futura, nomeadamente no que concerne à empatia, ao ajustamento e à satisfação com a sua relação conjugal.

Em particular, a qualidade das condições e cuidados prestados na instituição de saúde, seguida pela experiência positiva de parto, são os aspetos que mais afetam a percepção da puérpera acerca do futuro da empatia, ajustamento e satisfação conjugais.

Assim, por forma a que as necessidades físicas e psicológicas das mulheres sejam supridas durante o processo de parto, evitando a insatisfação relativamente ao mesmo e à expectativa de conjugalidade, é fundamental que a admissão, permanência e alta hospitalares sejam de qualidade, tanto no que concerne às condições físicas da instituição de saúde como aos serviços nela prestados.

7. Limitações e Recomendações futuras

Devido à pandemia de COVID-19 a recolha de dados foi realizada *online*, obrigando a que o tempo de resposta das participantes fosse de até uma semana pós-parto. Destarte, a percepção das puérperas acerca das três variáveis principais do estudo poderá ter sido contaminada pelas interações conjugais após o parto, nos dias anteriores ao preenchimento do questionário.

As restrições impostas pelo governo português devido à pandemia do novo coronavírus alteraram os processos habituais de entrada e permanência hospitalar do cônjuge da mulher durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, pelo que os resultados da presente investigação não devem ser generalizados a todas as experiências de parto das mulheres portuguesas entre os 25 e os 38 anos.

Recomenda-se a replicação do estudo com uma amostra maior com vista à obtenção de evidências científicas mais robustas acerca do tema em causa.

Finalmente, sugere-se que sejam estudados, de forma aprofundada, os seguintes resultados controversos: (1) efeito das preocupações da mulher consigo e com o bebé na satisfação conjugal como conceptualizada pelos autores do EADR, (2) efeito do apoio do cônjuge na satisfação conjugal, (3) efeito da rede social na satisfação conjugal e (4) influência da idade, número de anos de escolaridade com sucesso, estatuto socioeconómico, duração do trabalho de parto e tipo de parto, das puérperas, na empatia, no ajustamento e na satisfação conjugais.

Referências Bibliográficas

- Adams, S. S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labor: A study of 2206 women with intended vaginal delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(10), 1238-1246. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2012.03433
- Bender, S. S., Sveinsdóttir, E., & Fridfinnsdóttir, H. (2018). “You stop thinking about yourself as a woman”. An interpretive phenomenological study of the meaning of sexuality for Icelandic women during pregnancy and after birth. *Midwifery*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.009>
- Berner, M. M., Wendt, A., Kriston, L., & Rohde, A. (2005). Experience of sexuality after pregnancy and childbirth. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*. <https://doi.org/10.1055/s-2005-865909>
- Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R., & Larson, J. H. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(3), 289-308. doi:10.1111/j.1752-0606.1995.tb00163.x
- Conde, A. A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, Á. (2008). Perception of the childbirth experience: Continuity and changes over the postpartum period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(2), 139–154. <https://doi.org/10.1080/02646830801918414>
- Conrad, M., & Stricker, S. (2018). Personality and labor: a retrospective study of the relationship between personality traits and birthing experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(1), 67–80. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1397611>

- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2004). Experience and Satisfaction with Childbirth Questionnaire (QESP). *Psicologia, Saúde & Doenças*.
- Cowan, C., & Cowan, P. (1988). *Who Does What When Partners Become Parents: Implications for Men, Women, and Marriage*. 4929(November), 37–41. <https://doi.org/10.1300/J002v12n03>
- De Schepper, S., Vercauteren, T., Tersago, J., Jacquemyn, Y., Raes, F., & Franck, E. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*, 32(2016), 87–92. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.08.010>
- Delmore-Ko, P., Pancer, S. M., Hunsberger, B., & Pratt, M. (2000). Becoming a parent: The relation between prenatal expectations and postnatal experience. *Journal of Family Psychology*, 14(4), 625–640. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.14.4.625>
- Drozdowskyj, E. S., Castro, E. G., López, E. T., Taland, I. B., & Actis, C. C. (2020). Factors influencing couples' sexuality in the puerperium: A systematic review. In *Sexual Medicine Reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.07.002>
- Fischman, S. H., Rankin, E. A., Soeken, E. L., & Lenz, E. R. (1986). Changes in sexual relationships in postpartum couples. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1986.tb01369.x>
- Floris, L., Irion, O., & Courvoisier, D. (2017). Influence of obstetrical events on satisfaction and anxiety during childbirth: A prospective longitudinal study. *Psychology, Health and Medicine*, 22(8), 969–977. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1258480>
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212–219. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x>

- Gosselin, P., Chabot, K., Béland, M., Goulet-Gervais, L., & Morin, A. J. S. (2016). Fear of childbirth among nulliparous women: Relations with pain during delivery, post-traumatic stress symptoms, and postpartum depressive symptoms. *Encephale*, 42(2), 191-196. DOI: 10.1016/j.encep.2016.01.007
- Goutaudier, N., Bertoli, C., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2019). Childbirth as a forthcoming traumatic event: Pretraumatic stress disorder during pregnancy and its psychological correlates. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(1), 44-55. DOI: 10.1080/02646838.2018.1504284
- Hauser, D. J., & Schwarz, N. (2016). Attentive Turkers: MTurk participants perform better on online attention checks than do subject pool participants. *Behavior Research Methods*, 48(1), 400–407. <https://doi.org/10.3758/s13428-015-0578-z>
- Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5S), 160-172. DOI: 10.1067/mob.2002.121141
- Junge, C., von Soest, T., Weidner, K., Seidler, A., Eberhard-Gran, M., & Garthus-Niegel, S. (2018). Labor pain in women with and without severe fear of childbirth: A population-based, longitudinal study. *Birth*, 45(4), 469–477. <https://doi.org/10.1111/birt.12349>
- Kunaszuk, R. M., & Mossey, J. (2010). Intimacy, libido, depressive symptoms and marital satisfaction in postpartum couples. *Journal of Sexual Medicine*.
- Lundgren, I., & Dahlberg, K. (1998). Women's experience of pain during childbirth. *Midwifery*, 14(2), 105-110. DOI: 10.1016/s0266-6138(98)90007-9
- McDaniel, B., Lopez, S., & Holmes, E. (2010). *Factors that affect marital satisfaction across the transition to fatherhood*. 6(1).

- Narciso, I., & Costa, M.E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.
- Narciso, I., (2010) Revisão Psicométrica da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (documento pessoal não publicado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa).
- Oliveira, M., Falcone, E., & Ribas, R. (2009). A avaliação das relações entre a empatia e a satisfação conjugal. *Interação em Psicologia*, 13(2), 287–298.
- Paolacci, G., & Chandler, J. (2014). Inside the Turk. *Current directions in psychological science*. <https://doi.org/10.1177/0963721414531598>
- Paolacci, G., Chandler, J., & Ipeirotis, P. G. (2010). Running experiments on Amazon. *Judgment and Decision Making*.
- Pereira, M. G., Ferreira, G., Sousa, P., Machado, J. C., Vilaça, M., & Bacalhau, R. (2020). *Validation of the Revised Dyadic Adjustment Scale in Portuguese women with cervical cancer*. Manuscript submitted for publication.
- Pereira, M.G. (2000). Versão portuguesa do Revised Adjustment Scale. Universidade do Minho. Escola de Psicologia.
- Phunymmalee, M., Buayaem, T., & Boriboonhirunsarn, D. (2019). Fear of childbirth and associated factors among low-risk pregnant women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(6), 763–767. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1584885>
- Powell, D. N. (2015). Mothers' adaptation to caring for a new baby. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. <http://www.mendeley.com/research/mothers-adaptation-caring-new-baby>
- Powell, D.N., & Karraker, K. (2019). Expectations, experiences, and desires: Mothers' perceptions of the division of caregiving and their postnatal adaptation. *Journal of Family Psychology*, 33(4), 401-411. DOI: 10.1037/fam0000526

- Rondung, E., Ekdahl, J., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Sundin, Ö. (2018). Heterogeneity in childbirth related fear or anxiety. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(6), 634–643. <https://doi.org/10.1111/sjop.12481>
- Rowland, M., Foxcroft, L., Hopman, W. M., & Patel, R. (2005). Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien*.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression: A longitudinal study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 80(1), 39–45. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2001.800108.x>
- Salim, N. R., & Gualda, D. M. R. (2010). Sexuality in the puerperium: The experience of a group of women. *Revista Da Escola de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400005>
- Schlagintweit, H. E., Bailey, K., & Rosen, N. O. (2016). A new baby in the bedroom: Frequency and severity of postpartum sexual concerns and their associations with relationship satisfaction in new parent couples. *Journal of Sexual Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.08.006>
- Silva, T. (2017). *Satisfação conjugal, satisfação sexual e práticas sexuais das mulheres no pós-parto* (Dissertação de mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal.
- Slade, P., Balling, K., Sheen, K., & Houghton, G. (2019). Establishing a valid construct of fear of childbirth: Findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2241-7>

- Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, L., Bladh, M., & Josefsson, A. (2015). Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0548-6>
- Trutnovsky, G., Haas, J., Lang, U., & Petru, E. (2006). Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2006.00592.x>
- Wenzel, A., Stuart, S., & Wenzel, A. (2010). Childbirth-related fear and trauma. *Anxiety in Childbearing Women: Diagnosis and Treatment*. <https://doi.org/10.1037/12302-006>
- Žigić Antić, L., Nakić Radoš, S., & Jokić-Begić, N. (2018). Are non-pregnant women afraid of childbirth? Prevalence and predictors of fear of childbirth in students. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 0(0), 1–6. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1470162>
- Zuckerman, M., Nurnberger, J. I., Gardiner, S. H., Vandiveer, J. M., Barrett, B. H., & Den Breeijen, A. (1963). Psychological Correlates of somatic complaints in pregnancy and difficulty in childbirth. *Journal of Consulting Psychology*, 27(4), 324–329. <https://doi.org/10.1037/h0043316>